



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Kinderrechte in der pädiatrischen Praxis

Streuli, Jürg C

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

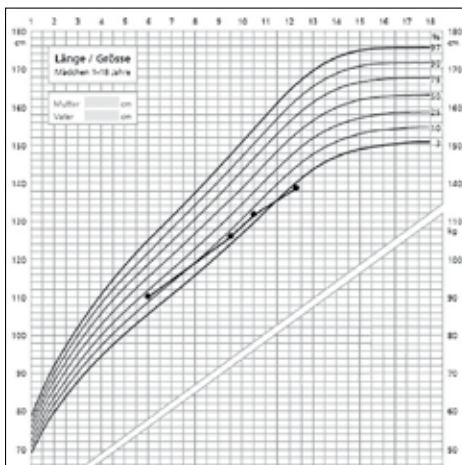
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-134883>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Streuli, Jürg C (2016). Kinderrechte in der pädiatrischen Praxis. *Kinderärzte Schweiz*, 2016(3):14-15.



Blitzlichter

Die drei «Ps» der Kinderrechte
Wachstumskurven
Zikavirus



Auf Basis aktueller Erkenntnisse unserer ENP¹-Forschung zur Prägung durch frühkindliche Ernährung und mehr als 40 Jahren Wissen über Muttermilch setzen wir **einen neuen Standard für Milchnahrungen**.

Eine einzigartige Nährstoffkombination und der höchste LCPs²-Gehalt aller Säuglingsmilchnahrungen³ bringen nachhaltige Vorteile auf die Entwicklung von Stoffwechsel⁴⁻⁶, Immunsystem⁷ und Gehirn⁸.

Aptamil Profutura – Heute für morgen

NUR ERHÄLTlich IN APOTHEKEN UND DROGERIEN

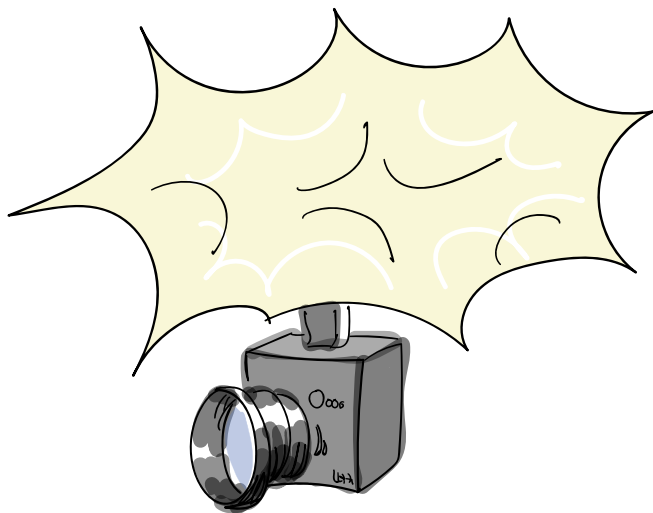


Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für das Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während der ersten 6 Monate.

¹ENP (Early-life Nutritional Programming): Programmierung durch frühkindliche Ernährung.
²Langkettige, mehrfach ungesättigte Fettsäuren. ³Marktbeobachtung Juli 2014. ⁴Forsyth JS et al. (2003). BMJ 326:953-7, 1-5.; ⁵Liu L et al. (2014). J Lipid Res 55(3):531-9 ⁶Wijendran V et al. (2002). Pediatr Res.; 51(3):265-272 ⁷Arslanoglu S et al.(2008). J Nutr. 138:1091-5 ⁸Willatts P et al. (2013). Am J Clin Nutr 98 (suppl):536S-42S



Erfahren Sie mehr auf www.aptaclub.ch



IMPRESSUM

REDAKTIONSTEAM:

Dr. med. Matthias Furter, Kleinandelfingen;
 Dr. med. Stefanie Gissler Wyss, Neuendorf;
 Dr. med. Raffael Guggenheim, Zürich (Leitung);
 Dr. med. Cyril Lüdin, Muttens; Dr. med. Carsten Peters, Frauenfeld;
 Dr. med. Nadia Sauter Oes, Winterthur; Dr. med. Kerstin Walter, Bern;
 Dr. med. Regula Ziegler-Bürgi, Küsnacht;
 Dr. Daniel Brandl, PhD, Geschäftsführer

HERAUSGEBERIN:

Verlag Praxispädiatrie GmbH, Badenerstrasse 21, 8004 Zürich

ABO:

4 Ausgaben/Jahr: Fr. 48.– inkl. Porto (für Mitglieder inklusive)
 Spezialpreis für Mütter- und Väterberatungsstellen CHF 32.–
 (inkl. Porto)

TITELSEITE: Kerstin Walter / Kinderärzte Schweiz / shutterstock.com

ILLUSTRATIONEN: © Kerstin Walter; S. 1 und 3

KORRESPONDENZ:

Kinderärzte Schweiz
 Badenerstrasse 21, 8004 Zürich
 Telefon 044 520 27 17, Fax 043 317 93 64
 info@kinderarzeschweiz.ch, www.kinderarzeschweiz.ch

INSERATE:

Dr. Cyril Lüdin, cyril@luedin.eu

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:

Vogt-Schild Druck AG, CH-4552 Derendingen

Auflage: 1450 Expl.

Nächste Ausgabe: 04/2016

Redaktionsschluss: 12. Oktober 2016

printed in
switzerland



MIX
 Papier aus verantwortungsvollen Quellen
 FSC® C012018



No. 01-16-759065 – www.myclimate.org
 © myclimate – The Climate Protection Partnership

5 EDITORIAL

NACHRUF

7 Herbert Suter

BLITZLICHT JAHRESBERICHT

8 Jahresbericht Kinderärzte Schweiz 2015/2016
 Tempora mutantur, ...

11 BLITZLICHTER VERBANDSARBEIT

BLITZLICHT VERNETZUNG

12 Fachtagung Schweizerischer Verband der Mütter- und Väterberaterinnen

BLITZLICHT KINDERRECHTE UND KINDERETHIK

14 Kinderrechte in der pädiatrischen Praxis

BLITZLICHT WACHSTUM

16 Die Frage nach den richtigen Wachstumskurven bleibt ungelöst
 18 Die Abklärung eines ungenügenden Wachstums ergibt manchmal erstaunliche Einsichten

BLITZLICHT REISEN

21 Zikavirus und Reisen

BLITZLICHT DERMATOLOGIE

22 Kursbericht Pädiatrische Dermatologie

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

25 Kurse KIS

SVUPP

26 Ultraschallkurse

BLITZLICHT ALLERGIE

27 Allergie im pädiatrischen Alltag

BLITZLICHT BESUCH IN DER PRAXIS

28 Besuch bei Dr. Alain Wimmersberger in Visp



■ HABEN SIE ANREGUNGEN, KRITIK ODER LOB?

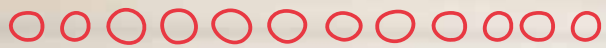
Dann schicken Sie uns eine E-Mail an:

info@kinderarzeschweiz.ch

Wir freuen uns.



KLEIN, ABER NICHT FEIN



Rotarix® bietet Säuglingen und Kleinkindern mit einem bereits im Alter von 10 Wochen abgeschlossenen möglichen Impfzyklus¹ Schutz gegen Rotavirus (RV)-Infektionen – damit sie weiter ungestört die Welt entdecken können.



1. Rotarix® Fachinformation, GlaxoSmithKline, www.swissmedicinfo.ch

Rotarix® liquid, Rotavirus-Impfstoff zur oralen Anwendung. **W:** lebend abgeschwächtes humanes Rotavirus, Stamm RIX4414 ($\geq 10^{6.0}$ ZKID₅₀/Dosis). **I:** Aktive Immunisierung von Kindern ab dem Alter von 6 Wochen zur Vorbeugung einer Rotaviren-bedingten Gastroenteritis. Wirksamkeit belegt gegen Rotaviren der Typen G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8], G9P[8]. **D/A:** Grundimmunisierung umfasst 2 Dosen. Intervall mindestens 4 Wochen. Erste Dosis ab dem Alter von 6 Wochen, zweite Dosis vor dem Alter von 16 (max. 24) Wochen. **Nur für den oralen Gebrauch** bestimmt. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit auf eine Komponente im Impfstoff oder Zeichen einer Überempfindlichkeit nach einer vorangegangenen Anwendung von Rotarix; Invagination in der Anamnese oder für Invagination prädisponierende kongenitale Missbildung des Gastrointestinaltraktes; schwerer kombinierter Immundefekt (SCID); akute, schwerwiegende und fieberhafte Erkrankung; Diarrhö oder Erbrechen; nach vollendeter 24. Lebenswoche. **WV:** UNTER KEINEN UMSTÄNDEN INJIZIEREN! Kinder mit hereditärer Fructose-Intoleranz, Glucose-Galactose-Malabsorption oder Sucrase-Isomaltase-Mangel; Kinder mit gastrointestinalen Krankheiten oder Wachstumsstörungen; Risiko für Intussuszeption: auf die typischen Symptome einer Invagination achten; bekannte oder vermutete Immunschwäche; Exkretion des Impfvirus im Stuhl (Vorsicht bei engem Kontakt zu immundefizienten Personen); potentiell Risiko von Apnoen bei sehr unreifen Frühgeborenen. **IA:** Gleichzeitige Anwendung mit folgenden monovalenten oder Kombinations-Impfstoffen möglich: DTPw, DTPa, Hib, IPV, HBV, Pneumokokken, Meningokokken C. **UW:** häufig: Diarrhö, Reizbarkeit; gelegentlich: Blähungen, Bauchschmerzen, Appetitverlust; Dermatitis, Fieber; selten u.a.: Intussuszeption; sehr selten: schwerwiegende ITP. **Lag.:** Bei +2°C bis +8°C lagern. Nicht einfrieren. **P:** Glasspritze mit oraler Suspension $\times 1$. **AK: B. Stand der Information:** November 2015. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com.



MATTHIAS FURTER,
WINTERTHUR

Liebe Leserin, lieber Leser

5

Auch wenn der tatsächliche Sommer bei Drucklegung noch etwas auf sich warten lässt (oder ist es das gar am Ende schon gewesen?), so ist er doch mit all den verschiedenen Festivals und Festspielen definitiv angeklungen. So manch ein Blitzlichtgewitter erhellt den einen oder andern roten Teppich.

Ganz in diesem Sinne möchten wir Ihnen in dieser Sommerausgabe Blitzlichter auf unseren pädiatrischen Alltag präsentieren. Zum einen wird sie durch den KIS-Jahresbericht erhellt und zum andern geht es in den neu eingeführten Kurzmeldungen über unsere Vorstands- und Verbandsarbeit mitunter um die aktuelle Impfstoffknappheit – die ja auch schon zum ein oder anderen Blitz- und Donnerwetter geführt haben mag.

Ein paar erfreulichere Lichtblicke sind da sicher die Themen wie Erhellendes aus der interdisziplinären Vernetzung, Kinderrechte im Scheinwerferlicht der Ethik, ein Besuch einer Kinderarztpraxis im sonnenverwöhnten Wallis – und für diejenigen, die der Sommer noch etwas weiter in die Ferne trägt: Zikavirus und Reisen. Weitere Highlights finden Sie zum Thema Wachstum und einem Thema, das zum Sommer gehört wie der Blitz zum Donner: Allergien.

Diese Ausgabe wird leider überschattet durch den Nachruf auf unseren geschätzten Kollegen Herbert Suter. Herbert hat sich über zwei Jahrzehnte tatkräftig und kreativ für unseren Verband eingesetzt und wir werden ihn vermissen.

Nebst weiteren spannenden Themen findet sich das Programm zur Jahrestagung als Beilage zum Heft.

Im Namen der gesamten Redaktionskommission bedanke ich mich ganz herzlich bei allen Mitwirkenden dieser strahlenden Ausgabe.

So wünsche ich Ihnen allen viel Freude bei der Lektüre und eine wunderschöne Sommerzeit ...!

This Furter



Wir leben Impfen

Unsere Produkte

Sanofi Pasteur MSD bietet eine umfangreiche Impfstoffpalette, die Menschen von klein auf bis ins hohe Alter vor Infektionskrankheiten schützen kann.¹ Für Standard- und Reiseimpfungen stehen Einzel- und Kombinationsimpfstoffe zur Auswahl.¹

Referenz

1. Ausführliche Informationen zu Gardasil®, Pentavac®, Tetravac®, M-M-RVAXPRO®, HBVAXPRO®, Zostavax®, Varivax®, Revaxis®, Pneumovax®-23, Mutagrif®, Stamaril® siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch.

Gekürzte Fachinformationen: **Gardasil®:** Z: Eine Impfdosis (0.5 ml) Impfstoffsuspension enthält ca. 20 µg HPV-Typ 6 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 11 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 16 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 18 L1-Protein. I: Impfstoff zur Prävention der folgenden Erkrankungen, die von den Typen 6, 11, 16 und 18 des humanen Papillomavirus (HPV) verursacht werden: Zervixkarzinom, präinvasive Läsionen im Genitalbereich (Zervix, Vulva und Vagina), Analkarzinom, präinvasive Läsionen im Analbereich und Genitalwarzen (Condyloma acuminata) bei Frauen und Mädchen ab einem Alter von 9 Jahren. Analkarzinom, präinvasive Läsionen im Analbereich und Genitalwarzen (Condyloma acuminata) bedingt durch HPV 6 und 11 bei Männern und Jungen im Alter zwischen 9 und 26 Jahren. D: Grundimmunisierung: 3 Einzeldosen zu je 0.5 ml, die gemäss Impfschema 0, 2, 6 Monate verabreicht werden. Der Impfstoff ist intramuskulär anzuwenden. Die Anwendung von Gardasil® bei Kindern unter 9 Jahren wird nicht empfohlen. KI: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder gegen einen der sonstigen Bestandteile; akute, schwere, fieberhafte Erkrankung. VM: Wie bei allen injizierbaren Impfstoffen sollten für den Fall seltener anaphylaktischer Reaktionen nach Gabe des Impfstoffs geeignete Behandlungsmöglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen; Synkope. UW: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erythem, Schmerzen, Schwellung, Fieber, Schmerzen in den Extremitäten; Bluterguss, Pruritus. P: Fertigspritze (1 Impfdosis) mit Nadelstutzhülse und zwei separat eingeliegten Nadeln. Packungen mit 10 und 20 Fertigspritzen. Stand der Information: Mai 2015. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **Pentavac®:** Z: Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis-Toxide, gereinigtes filamentöses Haemagglutinin, inaktivierte Polioviren Typ I, II und III sowie konjugiertes Haemophilus-influenzae-Typ-b-Polysaccharid. I: Grundimmunisierung und Auffrischung (4. Dosis) bei Kindern. D: Grundimmunisierung: 3 Dosen im Alter von 2, 4 und 6 Monaten. 4. Dosis im 2. Lebensjahr ab dem vollendeten 12. bis zum vollendeten 24. Lebensmonat. KI: Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile des Impfstoffs. UW: Lokal: Rötung Schwellung. Systemisch: Fieber, Reizbarkeit, Schläfrigkeit, ungewöhnliches Schreien. IA: Bei Patienten unter immunsuppressiver Behandlung oder mit Immunschwäche kann der Impfstoff beeinträchtigt sein. P: Durchstechflasche mit Lyophilisat und Fertigspritze mit Lösungsmittel. Packung mit 1 Fertigspritze/ Stechapulle und 10 Fertigspritzen/ Stechapullen. Stand der Information: März 2015. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **Tetravac®:** Z: Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis-Toxide, gereinigtes filamentöses Haemagglutinin, sowie inaktivierte Polioviren Typ I, II und III. I: Grundimmunisierung und Auffrischung (4. Dosis) bei Kindern. D: Grundimmunisierung: 3 Dosen im Alter von 2, 4 und 6 Monaten. 4. Dosis im 2. Lebensjahr ab dem vollendeten 12. bis zum vollendeten 24. Lebensmonat. Eine 5. Dosis wird bei Kindern im Alter von 4–7 Jahren gemäss nationalem Impfplan empfohlen. KI: Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile des Impfstoffs. UW: Lokal: Rötung Schwellung. Systemisch: Fieber, Reizbarkeit, Schläfrigkeit, ungewöhnliches Schreien. IA: Bei Patienten unter immunsuppressiver Behandlung oder mit Immunschwäche kann der Impfstoff beeinträchtigt sein. P: Fertigspritze (1 Impfdosis) mit Nadelstutzhülse und zwei Nadeln. Packung mit 1 Fertigspritze. Stand der Information: Juli 2015. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **M-M-RVAXPRO®:** Z: Eine Dosis (0.5 ml) des rekonstituierten Impfstoffs enthält: mind. 1'000 TCID50 * Masern-Virus, Stamm Enders' Edmonston (lebend, attenuiert); mind. 12'500 TCID50 * Mumps-Virus, Stamm Jeryl-Lynn™ (Level B) (lebend, attenuiert); gezüchtet auf embryonalen Hühnerfibroblasten-Zellkulturen; mind. 1'000 TCID50 * Röteln-Virus, Stamm Wistar RA 27/3 (lebend, attenuiert). I: Indiziert zur gleichzeitigen aktiven Immunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln ab dem Alter von 12 Monaten. D: Eine zweite Dosis wird im Alter von 15 bis 24 Monaten empfohlen und kann frühestens einen Monat nach der Erstosis verabreicht werden. KI: Frühere Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber einem Masern-, Mumps- oder Rötelnimpfstoff oder auf einen der enthaltenen Hilfsstoffe dieser Impfstoffe, einschliesslich Neomycin; Schwangerschaft; aktive, unbehandelte Tuberkulose; pathologische Blutbildveränderungen; Leukämie; Lymphome oder andere Malignome mit Auswirkung auf das hämatopoetische oder lymphatische System; humorale oder zelluläre Immundefizienz; Immunsuppressive Behandlung; Immundefizienz; akute behandlungsbedürftige Erkrankungen. VM: Für den Fall einer seltener anaphylaktischen Reaktion nach Verabreichung des Impfstoffs sollten stets geeignete medizinische Behandlungs- und Überwachungsmöglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen. IA: Immunglobulin (Ig) darf nicht gleichzeitig verabreicht werden, das Bluttransfusion oder Applikation eines menschlichen Immunglobulin-Präparates ist ein Abstand von mindestens 3 Monaten bis zur Impfung einzuhalten. UW: Fieber (38.5 °C oder höher [17.6%]), Erythem an der Injektionsstelle, Schmerz an der Injektionsstelle, Schwellung an der Injektionsstelle, grippeähnliche Symptome, Schüttelfrost. P: Packung mit 1 Fertigspritze/ Stechapulle und 10 Fertigspritzen/ Stechapullen. Stand der Information: Dezember 2014. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **HBVAXPRO®:** Z: Eine Dosis (0.5 ml) des rekonstituierten Impfstoffs enthält: mind. 1000 PBE2. I: Gezüchtet in humanen, diploiden Zellen (MRC-5). 2PBE = Plaquebildende Einheiten. I: Prävention von Herpes Zoster (Zoster oder Gürtelrose) und durch Herpes Zoster verursachter postherpetischer Neuralgie (PHN). Bei Personen ab 50 Jahren. D: Eine Dosis subkutan (vorzugsweise im Bereich des Deltamuskels). Derzeit ist nicht bekannt, ob eine weitere Dosis erforderlich ist. Nicht intravenös verabreichen. KI: Bekannte Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, einen der sonstigen Bestandteile des Impfstoffs oder einen der in Spuren vorhandenen Rückstände aus der Herstellung (z.B. Neomycin). Abgeborene und erworbene Immunschwäche als Folge einer akuten und chronischen Leukämie, Lymphom, andere Erkrankungen des Knochenmarks oder des lymphatischen Systems, Immundefizienz als Folge von HIV/AIDS, zelluläre Immundefizienz; Immunsuppressive Therapie (einschliesslich hoher Dosen von Kortikosteroiden); ZOSTAVAX® ist jedoch nicht kontraindiziert bei Personen unter Knochenmarkstransplantation (einschliesslich der systemischen Kortikosteroidtherapie oder bei Personen unter Kortikosteroid-Substitutionstherapie (z.B. bei Nebenniereninsuffizienz). Kinder und Jugendliche, Aktive, unbehandelte Tuberkulose, Schwangerschaft. VM: selten anaphylaktische / anaphylaktoid Reaktionen gegen den Wirkstoff oder alle sonstigen Bestandteile des Impfstoffs sowie gegen Spuren von Rückständen aus der Herstellung (Neomycinallergien) (geeignete medizinische Behandlungs- und Überwachungsmöglichkeiten sollten unmittelbar zur Verfügung stehen). Nicht indiziert zur Behandlung von Herpes Zoster oder PHN. Möglichkeit der Übertragung des abgeschwächten Impfvirus auf empfindliche Personen. I: 23-valenter Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff, M-M-RVAXPRO® und andere Lebendimpfstoffe, Immunglobulin-Präparate. UW: Kopfschmerzen, Erythem, Exanthem, Schmerz / Druckempfindlichkeit, Schwellung, Hämatom, Pruritus, Überwärmung. P: Packung mit 1 Durchstechflasche mit Pulver und 1 Fertigspritze mit Lösungsmittel für 1 Dosis und mit 2 eingeliegten separaten Nadeln oder 10 Durchstechflaschen mit Pulver und mit 10 Fertigspritzen und 20 eingeliegten Nadeln. Stand der Information: Oktober 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **Varivax®:** Z: Eine Dosis (0.5 ml) des rekonstituierten Impfstoffs enthält Varizella-Zoster-Virus (Stamm Oka/Merck) >1350 Plaque-bildende Einheiten gezüchtet auf humanen, diploiden Zellen (MRC-5). I: Aktive Immunisierung gegen Varizellen (Windpocken) ab dem vollendeten 12. Lebensmonat und postexpositionelle Varizellenprophylaxe. D: Kleinkinder, Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten 12. Lebensmonat bis zum vollendeten 13. Lebensjahr erhalten eine Dosis von 0.5 ml. Jugendliche ab dem vollendeten 13. Lebensjahr und Erwachsene erhalten zwei Dosen von 0.5 ml im Abstand von 4 bis 8 Wochen. KI: Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber einem Varizellenimpfstoff oder einem der sonstigen Bestandteile einschliesslich Gelatine und Neomycin. VM: Wie bei allen als Injektion verabreichten Impfstoffen sollten für den Fall von seltenen anaphylaktischen Reaktionen nach Gabe des Impfstoffs geeignete medizinische Behandlungs- und Überwachungsmaßnahmen bereit stehen. Vor der Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter muss eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. UW: Schwellung, Rötung, varizellenartiger Ausschlag an der Injektionsstelle. Fieber >37.7 °C (orale Messung). P: Durchstechflasche mit Lyophilisat und Fertigspritze mit Lösungsmittel. Packung mit 1 Fertigspritze/ Stechapulle. Stand der Information: Dezember 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **Revaxis®:** Z: Mind. 2 I.E. gereinigtes Diphtherie-Toxoid, mind. 20 I.E. gereinigtes Tetanus-Toxoid, 40 Einheiten D Antigen des inaktivierten Poliovirus Typ 1, 8 Einheiten D Antigen des inaktivierten Poliovirus Typ 2 und 32 Einheiten D Antigen des inaktivierten Poliovirus Typ 3. I: Auffrischungsimpfung nach vollständiger Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis bei Kindern ab dem 5. Geburtstag, Jugendlichen und Erwachsenen. D: 1 Impfdosis. KI: Überempfindlichkeit gegen einen Impfstoffbestandteil. VM: Injektion in ein Blutgefäss (intravasal) ist strikt zu vermeiden. UW: Schmerzen, Erytheme, Indurationen, Ödeme, Knötchenbildung an der Injektionsstelle, Fieber, Kopfschmerzen, Myalgien und Arthralgien. P: 1 Fertigspritze für eine Impfdosis (0.5 ml) und 10 Fertigspritzen für 10 Impfdosen (zu je 0.5 ml). Stand der Information: April 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **Pneumovax®-23:** Z: Polysaccharid der 23 häufigsten oder invasiven Kapseltypen von Streptococcus pneumoniae. I: Zur Immunisierung gegen Pneumokokkenkrankheiten, die durch die im Impfstoff enthaltenen Pneumokokkentyphen verursacht werden. Ab dem 2. Geburtstag. D: Eine Dosis zu 0.5 ml intramuskulär oder subkutan. Auffrischungsimpfungen werden empfohlen, wenn bei Personen mit einem erhöhten Risiko (Asplenie, HIV-Infektion, Leukämie, Lymphom, M. Hodgkin, multiple Myelome etc.), an einer schweren Pneumokokken-Infektion zu erkranken, die letzte Impfung länger als 5 Jahre zurückliegt oder von denen bekannt ist, dass sie Pneumokokken-Antikörper verlieren (z.B. Patienten mit nephrotischem Syndrom, Nierenversagen oder Transplantationsempfänger). KI: Überempfindlichkeit gegen einen Impfstoffbestandteil. VM: Vorsicht und die nötige Sorgfalt sind bei Patienten mit stark beeinträchtigter Herz- u/o Lungenfunktion geboten, bei welchen eine systemische Impfreaktion ein bedeutsames Risiko darstellen würde. UW: Am häufigsten Müdigkeit, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen. Lokale Reaktionen an der Einstichstelle. P: Packungen mit 1 Stechapulle. Stand der Information: Dezember 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **Mutagrif®:** Z: Je 15 µm Hämagglutinin von Grippenviren der Stämme nach den jährlichen Empfehlungen der WHO. I: Zur Vorbeugung der echten Virusgrippe (Influenza). D: Erwachsene und Kinder ab 3 Jahre: 1 Injektion zu 0.5 ml. Kinder zwischen 6 und 35 Monaten: siehe www.swissmedinfo.ch. KI: Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere Inhaltsstoffe. IA: Die Immunogenität des Impfstoffs kann bei Patienten, die immunsuppressiv therapiert werden oder an einer Immunschwäche leiden, eingeschränkt sein. UW: Lokal: Rötungen, Schwellungen, Schmerzen, Ekchymose, Verhärtungen. Allgemeines: Fieber, Unwohlsein, Schüttelfrost, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwinden, Muskel- und Gelenkschmerzen. P: Packungen à 1 oder 10 Fertigspritzen. Stand der Information: März 2012. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **Stamaril®:** Z: Gelbfieber-Virus, Stamm 17 D-204 (lebend, attenuiert); mind. 1'000 IU. Gezüchtet in Hühnerembryonen, frei von speziellen Krankheitserregern. I: Stamaril ist indiziert zur aktiven Immunisierung gegen Gelbfieber bei Erwachsenen und Kindern ab dem vollendeten 9. Lebensmonat. D: Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten 9. Lebensmonat: erhalten eine Einzeldosis von 0.5 ml des rekonstituierten Impfstoffs. KI: Schwangerschaft, bekannte Überempfindlichkeitsreaktionen auf Bestandteile des Impfstoffs, insbesondere gegen Hühnerfleisch, akute und chronische Infektionskrankheiten, progrediente maligne Erkrankungen, Immunsuppression. UW: Kopfschmerzen (sehr häufig), Asthenie, Fieber, Myalgien, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen (häufig), Unwohlsein, grippeartige Symptome, Bauchschmerzen, Arthralgien (gelegentlich). P: Durchstechflasche mit Lyophilisat und Fertigspritze mit Lösungsmittel. Packung mit 1 Fertigspritze/ Stechapulle. Stand der Information: Januar 2013. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gullmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch.

GARDASIL®

PENTAVAC®

TETRAVAC™

M-M-RVAXPRO®

HBVaxPRO® 10 µg

HBVaxPRO® 40 µg Dialyse

ZOSTAVAX®
Herpes Zoster (Gürtelrose)-Lebendimpfstoff

VARIVAX®

REVAXIS®

PNEUMOVAX® 23

MUTAGRIP®

STAMARIL®

sanofi pasteur MSD
impfstoffe fürs leben

Sanofi Pasteur MSD AG
Gullmatt | CH-6340 Baar | www.spmsd.ch
Tel. 041 761 56 65 | info-ch@spmsd.com

Herbert Suter



Typisch für Herbert, dass viele von uns gar nicht von seiner schon lange dauernden Erkrankung gewusst haben. Er stellte sich nie ins Zentrum, hat Leiden und Rückschläge mit stoischer Ruhe, Zuversicht und Schalk ertragen und immer wieder Hoffnung geschöpft, Hoffnung, die nun mit ihm gestorben ist, am 11. Juni.

Herbert war ein Pionier der Praxispädiatrie, ein Pionier im vernetzten Denken. Vielleicht hat seine Grundausbildung als Lehrer entscheidend dazu beigetragen, die Pädiatrie immer schon als weit mehr als eine medizinische Spezialität zu verstehen. Seine pädagogische Ader war nicht zu übersehen, ebenso wenig seine Geduld und sein Einfühlungsvermögen. Was zwei Schülergenerationen an Herbert als Lehrer verloren haben, gewannen die gleichen Schüler an Herbert als weit über seine Praxis hinaus engagierten Kinderarzt zurück.

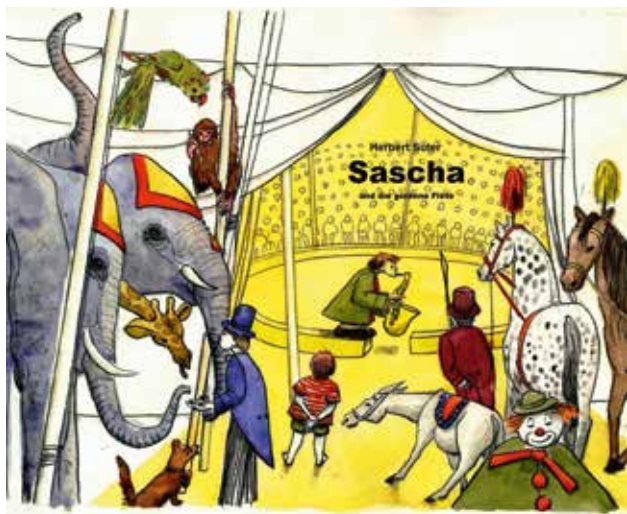
Herbert war schon an der Gründungsversammlung des Forums Praxispädiatrie dabei und hat sich zwanzig Jahre lang mit viel Energie für unseren Verband eingesetzt. Zahlreiche Jahrestagungen und Ausgaben unserer Zeitschrift hat er mitgestaltet, zahlreiche Kurse mitorganisiert, unzählige Ideen geliefert. Herbert war ein äusserst kreativer Kopf, wovon seine Publikationen («Sascha und die goldene Flöte»; «Die sieben Zwerge und Schneewittchen oder FILIPP – der schwierige Zwerg») und Karikaturen zeugen, treffend, witzig, einfühlsam, herausfordernd.

Herbert war auch ein politischer Kopf. Forderung und Förderung, Überforderung und Überförderung waren Bereiche, die ihn besonders interessierten. Er war die treibende Kraft hinter dem Ligerzer Manifest (nachzulesen in News Winter 2007), das mit folgenden Worten schliesst:

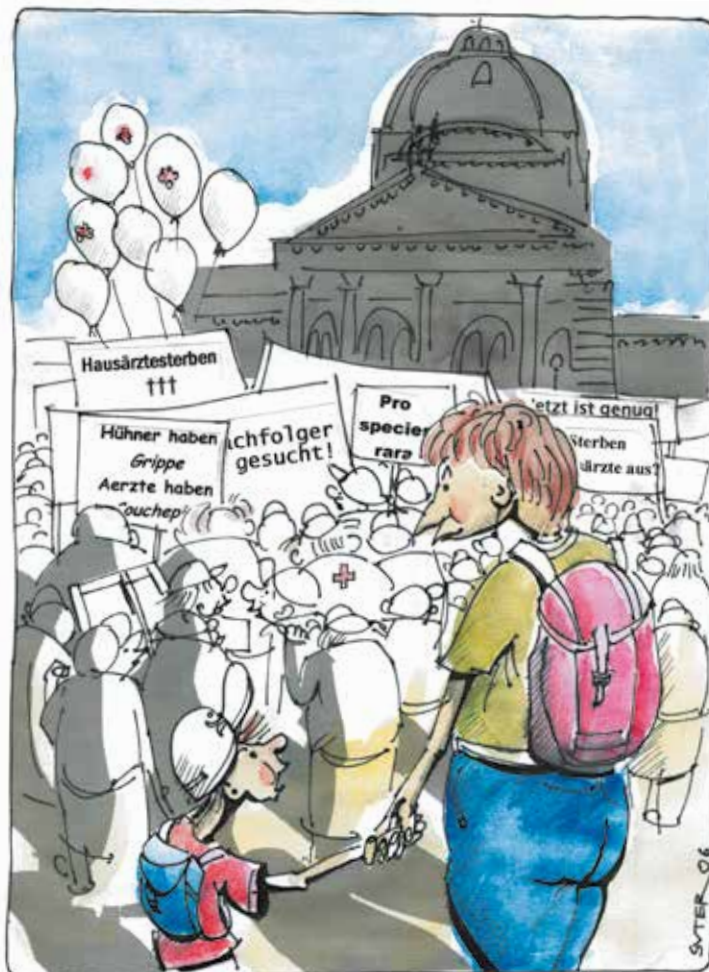
*Jedes Kind will lernen und sich zur Selbstständigkeit entwickeln,
wenn wir ihm die Gelegenheit dazu bieten und den Mut nicht rauben!*

Herbert, du hast uns zum Lachen und Nachdenken gebracht.
Wir werden dich vermissen.

Dr. med. Rolf Temperli



"Was meinst Du, Josef, sollen wir ihn trotzdem impfen?"



«Ist «Couchepin» eine schwere Krankheit?
Stirbt jetzt daran auch mein Dr. Pedi...?»

Jahresbericht Kinderärzte Schweiz 2015/2016

Tempora mutantur, ...

Ein ereignisreiches Jahr liegt hinter uns! Die fulminante Jubiläumstagung vom 10./11. September 2015 schwingt noch immer nach und hat uns Aufwind für den Aufbruch zu neuen Projekten gegeben. Gleichzeitig war das Tagesgeschäft von kleineren und grösseren Veränderungen geprägt, denn die Zeiten ändern sich, auch wenn wir auf festem Grund stehen und vieles konsolidieren konnten. Nachstehend ein Kaleidoskop der wichtigsten Aktivitäten aus den verschiedenen Ressorts:

Politik

Ein Anliegen unseres Verbandes ist es, die standespolitischen Interessen der Praxispädiater wahrzunehmen und versorgungspolitische Fragen der Kinder- und Jugendmedizin aufzuwerfen und nach Lösungen zu suchen. Die Realität zeigt, dass unsere personellen und finanziellen Ressourcen nicht ausreichen, um allen Fragen die nötige Aufmerksamkeit zu schenken. Wir können nur die brennendsten Probleme angehen, wie zum Beispiel den Impfplan und die Versorgungslücken mit Medikamenten und Impfstoffen. Eigene Stellungnahmen sind punktuell möglich, so zur «Nationalen Strategie zu Impfungen»; oft nimmt KIS gemeinsam mit der SGP Stellung und die allermeisten politischen Anliegen werden von Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe vertreten, wo die pädiatrische Sichtweise auf offene Ohren stösst. Rolf Temperli und Heidi Zinggeler Fuhrer setzen sich im Vorstand von Haus- und Kinderärzte Schweiz an vorderster Front ganz besonders für die pädiatrischen Belange ein. So auch bei der Revision des ambulanten Tarifes. Neu nimmt Kerstin Walter pädiatrische Interessen in der Kommission Qualität von mfe respektive neu SGAIM wahr.

Politische Arbeit ist zeit- und nervenaufreibend und die Erfolge lassen auf sich warten. Wichtig ist es, nicht locker zu lassen und sich bietende Möglichkeiten einzubringen. Nicht nur von den Medien werden wir immer wieder um unsere Meinung gebeten. Auch der Bundesrat anerkennt die Bedeutung der Praxispädiatrie. Zitat Bundesrat Alain Berset: «Es ist mir wichtig, den Kinderärztinnen und -ärzten die Möglichkeit zu bieten, ihre Anliegen einbringen und vertreten zu können. Daher stellen wir beispielsweise sicher, dass die Kinderärzteschaft an den Treffen mit dem Direktor des BAG und dem Verband der Haus- und Kinderärzte Schweiz jeweils vertreten ist. Weiter wurde dem Verband der Haus- und Kinderärzte Schweiz als einzigem Akteur zwei Sitze im neuen Forum medizinische Grundversorgung zugestanden, wobei einer davon explizit der Kinderärzteschaft vorbehalten ist.»

Januartagung

An der Januartagung «Visionen» konnten wir uns mit rund 30 Pädiatern aus verschiedensten Regionen zu einem bunten Blumenstrauß von Themen austauschen: Einerseits griffen wir die von Noldi Bächler anlässlich der Jubiläumstagung gestellten zehn essenziellen Fragen von seiner «Ballonreise» nochmals auf, andererseits ging es uns auch um praktische Vernetzung. Wir berichteten ausführlich über dieses produktive Treffen und die darin generierten Ideen und Aufgaben in den News 1/2016.

News

Ihr konntet bereits einige Ausgaben lesen, die unter Leitung von Raffael Guggenheim und dem gut aufgestellten, motivierten und homogenen Team der derzeitigen Redaktionskommission entstanden sind. Ganz dem Zeitgeist entsprechend gibt es gelegentlich neben der Printausgabe auch Artikel als e-Publikation auf der neu aufgestellten Homepage von KIS. Nach dem Motto «von Praxispädiatern für Praxispädiater» nehmen im Rahmen von Themenheften vermehrt auch Fachärzte aus der Praxis zu den praxisorientierten Problemen und Fragen Stellung. Ein weiteres Ziel der News ist es, die Plattform zu sein, wo über das politische Engagement von Kinderärzte Schweiz informiert wird. Neben Berichterstattung der Aktivitäten des Vorstands gehört dazu auch die Diskussion aktueller Probleme, wie z. B. Impfstoffknappheit, pädiatrische Weiterbildung, Lehrplan 21 und vieles mehr. Unser herzlicher Dank geht an alle Mitglieder der Arbeitsgruppe und den zahlreichen Autoren. Ein besonders grosses Merci gebührt unserer wunderbaren Karikaturistin Kerstin Walter für ihre bereichernden und humorvollen künstlerischen Beiträge. Dank Cyril Lüdins unermüdlicher Beackung des Inseratenfeldes sind auch die Inserateinnahmen unserer Verbandszeitschrift erfreulich; wir schätzen sein andauerndes Engagement und sprechen ihm an dieser Stelle ein besonderes Dankeschön aus.

Homepage

Stefan Roth hat in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle auf unserer Webseite zahlreiche Neuerungen geschaffen. So findet Ihr zum Beispiel im Kapitel «Links» neu eine praktische Sammlung von hilfreichen Materialien für die Praxis. Der Veranstaltungskalender ist immer auf dem neusten Stand der an die Geschäftsstelle gemeldeten Fortbildungen, Tagungen, Seminare, Workshops, Symposien und Konferenzen; und in einer neuen Rubrik findet Ihr Inserate für die Mitarbeit in KIS-internen und -externen Gremien. Dies nur ein paar Rosinen: Es lohnt sich, immer wieder einmal einen Blick auf www.kinderarzte-schweiz.ch zu werfen!

Kurswesen

45 Kurstage wurden durch das Team organisiert und rund 750 Teilnehmer konnten davon profitieren.

Das Kurswesen hat sich weiter entfaltet. Neue Kurse sind entstanden und entstehen, aus dem Zweiergespann der Ressortleitung ist eine Arbeitsgruppe geworden und nach 5½ Jahren ist nun der Zeitpunkt gekommen, die Ressortleitung bei ruhiger See und guter





Sicht in neue Hände zu übergeben. Die MPA-Interessen werden neu direkt von der pädiatrischen med. Praxisassistentin Carmen Brändle wahrgenommen. An dieser Stelle ganz herzlichen Dank an Markus Bigler, welcher der Ressortleiterin Heidi Zinggeler Fuhrer wann immer nötig mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist. Ebenso gebührt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe Kurswesen (Blanche Hodler, Antje Hugli, Jan Cahlik) grosser Dank, da durch sie das Kursangebot vielfältiger geworden ist und die damit verbundene grosse Arbeit auf mehrere Schultern verteilt werden kann.

Ganz besonderer Dank gilt aber an dieser Stelle Bea Kivanc, welche all ihren Aufgaben auch über den Geschäftsführerwechsel hinweg zuverlässig, mit sehr viel Eigenverantwortung und aussergewöhnlichem Engagement nachgekommen ist.

Mitglieder

Unser Mitgliederbestand wächst stetig – wir konnten im vergangenen Jahr 43 Neumitglieder verzeichnen – ein neuer Rekord! Dies hat uns dazu motiviert, ein kleines «Special» für neue Mitglieder an der Jahrestagung einzuführen: Damit sich die «Neuen» möglichst rasch bei uns wohl fühlen und zu engagieren wagen, werden sie bei einem «Neumitglieder-Café» eine informelle Vorstellung unserer Aktivitäten erhalten und sich mit Vorstandsmitgliedern, Geschäftsleitung sowie mit «gestandenen» Mitgliedern vernetzen können.

Interna

Nach der Kündigung von Sylvia Locher konnten wir mit Daniel Brandl die Geschäftsleitung bereits Mitte November neu besetzen. Wir sind überzeugt, dass wir aus den über hundert Bewerbungen DEN Mann für unseren Verband ausgesucht haben. Bereits nach kurzer Einarbeitungszeit konnten wir uns von seiner Kompetenz überzeugen und die Zusammenarbeit zwischen Geschäftsstelle und Vorstand gestaltet sich hervorragend.

Glücklicherweise dürfen wir weiterhin auf die Mitarbeit und Erfahrung von Beatrice Kivanc (Schwerpunkt Kurswesen, SVUPP) und Doris Rügsegger (Buchhaltung) zählen. Dem ganzen Team der Geschäftsstelle sei an dieser Stelle für seine tatkräftige Unterstützung herzlich gedankt!

Jahrestagung

Kaum war die Jubiläumstagung vorbei, machte sich die Arbeitsgruppe unter der neuen Leitung von Christa Etter und Andrea Hohl ans Werk, um die Jahrestagung 2016 auf die Beine zu stellen. Mit Unterstützung von bereits erfahrenen wie auch neuen Gruppenmitgliedern sowie der Geschäftsstelle gelang es uns, die nächste Jahrestagung mit dem Thema «Herausforderung Kinderschutz» zeitgerecht zu organisieren. Auch hier sei auf die aktuelle Homepage www.jahrestagung.ch verwiesen. Interessierte können sich dort auch den im letzten Jahr entstandenen Trailer über die Industrieausstellung zu Gemüte führen: <http://www.jahrestagung.ch/Industrieausstellung>.

Finanzen

Die Jubiläumstagung war nicht nur ein Publikumserfolg, sondern sie hat in Kombination mit unserem erfolgreichen Kurswesen und der umsichtigen Geschäftsführung auch dazu beigetragen, dass sich die finanzielle Situation des Verbandes unter Verantwortung unseres Kassiers Dominik Bissig weiterhin in ruhigen Gewässern befindet. Trotz grösserem Aufwand für die Nachfolgeregelung der Geschäftsführung sowie steigendem Aufwand für die Entschädigungen des Vorstands für signifikante Mehrarbeiten und delegierter Aufgaben haben wir ein erfreuliches finanzielles Resultat erwirtschaftet. Die Geschäftsstelle wurde Ende 2015 mit neuen Computern ausgerüstet und für das kommende Geschäftsjahr drängt sich durch Veränderungen im Bankenwesen und durch den rasanten Fortschritt der Technologie ein grösseres Upgrade unseres In-House Systems «Tocco» auf. Über diese Software bewirtschaftet die Geschäftsstelle unsere Adress- und Personenverwaltung, Mitgliederadministration und -kommunikation, Kursadministration, Eventmanagement (Jahrestagung), Finanzen sowie unsere Webseiten.

Diverses

Wie jedes Jahr galt es auch in den vergangenen 12 Monaten etliche Medienanfragen zu diversen berufspolitischen und fachlichen Themen zu beantworten. Die Impfstoffknappheit beschäftigt uns schon länger und nach wie vor intensiv. Insbesondere Jan Cahlik hat darüber wiederholt in den News und in diversen Medieninterviews berichtet. Im März 2016 hat sich eine Delegation des Vorstandes von KIS zusammen mit weiteren Involvierten von SGP, der Pharmaindustrie, BWL und dem BAG nach Wavre/Belgien aufgemacht, um die GSK-Produktionsstätte zu besuchen und das Verständnis für die Komplexität in der Produktion von Impfstoffen zu erhalten. Ausserdem wurde die Gelegenheit genutzt, uns weiter zu vernetzen. Wir berichteten über diese (übrigens von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern vollständig persönlich finanzierte) Reise in den News 2/2016. Leider können wir aber trotz anhaltenden Verhandlungen sowie vertieften Kenntnissen über die technischen Abläufe und die Gründe für Impfstoffknappheiten die Impfstoffe nicht herzaubern...

Ausblick

Vernetzung und Nachwuchsförderung sind zwei zentrale Themen, die wir unter anderem an unserer Retraite Ende August weiterverfolgen werden. Last but not least ist auch der regelmässige Austausch mit der SGP nötig, um die (praxis-)pädiatrischen Anliegen trotz knappen Ressourcen auf beiden Seiten weiterhin so tatkräftig wie möglich zu verfolgen. Nach wie vor sind wir also auf die Mitarbeit von euch – unseren geschätzten Mitgliedern – angewiesen. Wir schätzen eure engagierte Mithilfe im kleineren und grösseren Rahmen sehr, denn nur so kann die Zukunft von KIS gesichert bleiben. Die Anzahl der Neumitglieder ist ein gutes Omen für eine vielversprechende Zukunft, aber auch der eine oder andere jüngere oder junggebliebene Hase hat möglicherweise Lust, sich (noch mehr) zu vernetzen, auszutauschen oder auch einfach in irgendeiner Form einen unterstützenden Beitrag zu leisten, denn ...
... et nos mutamur in illis (Ovid).

Herzlichst,

Andrea Hohl
Heidi Zinggeler Fuhrer

Neu



90 Jahre Erfahrung führen uns zur Entwicklung der nächsten Generation Milumil Milch



Milumil Pre
von Geburt an



Milumil 1
von Geburt an



Milumil 2
nach 6 Monaten

Fermentierte Milch
Rückgang von Darmgasen¹
Leichtere Verdauung¹



GOS/FOS* (9:1)
(patentierte Mischung)
Für bifidogene^{2,7} Darmflora,
weichere^{2,8,9} und häufigere
Stühle^{2,6,8,10}

- ✓ unterstützt eine ausgeglichene Verdauung
- ✓ für Babys Wohlbefinden

1. Roy P et al., Arch D Ped, 2004; 11: 1546-54. 2. Moro G et al., JPGN, 2002; 34: 291-295. 3. Boehm G et al., Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2002; 86: F178-181. 4. Knol J et al., JPGN, 2005; 40: 36-42. 5. Haarman M and Knol J, Appl Environ Microbiol, 2005; 71: 2318-2324. 6. Moro G et al., Arch Dis Child, 2006; 91: 814-819. 7. Knol J et al., Acta Paediatr Suppl, 2005; 94: 31-33. 8. Costalos C et al., Early Hum Dev, 2008; 84: 45-49. 9. Veereman-Wauters G et al., J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2011; 52: 763-771. 10. Bisceglia M et al., Acta Paediatr, 2009; 98: 1579-1581.

Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für das Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während der ersten 6 Monate.

Auf dieser Seite informieren wir in Kurzform über Neuigkeiten und Aktivitäten unseres Vorstandes:

11

Zweites Forum medizinische Grundversorgung vom 28.6.16: Runder Tisch mit BR Alain Berset, EDI, BAG und 20 Vertretern und Organisationen des Gesundheitswesens. Informationen direkt aus dem BAG sowie Diskussion mit Fokus auf Prävention in der medizinischen Grundversorgung und dem Thema «Rolle und Herausforderungen der Spitäler in der medizinischen Grundversorgung».

Kurswesen: Nach 5½ Jahren gibt Heidi Zinggeler Führer die Ressortleitung Kurswesen an Jan Cahlik weiter.

Präsidententreffen KIS-SGP im Rahmen der Jahresversammlung SGP: Wir pflegen weiterhin eine projekt- und zielgerichtete Kooperation mit der SGP. Beide Geschäftsführer haben sich kennengelernt und werden die zukünftige Zusammenarbeit sowie gemeinsame Projekte eng koordinieren.

MEDIFuture 2016: Laufbahn-Kongress für angehende und junge Ärztinnen und Ärzte. KIS wird erstmals an dieser Veranstaltung aktiv mitwirken, Seite an Seite mit SGP und mfe.

Medikamentenmangel: Es krecht und fleucht und kein Scabiesmittel ist im Handel erhältlich! Wir haben beim BWL und bei Swissmedic interveniert.

Qualität in der ambulanten Pädiatrie: Qualitätsdiskussion neu in einer Arbeitsgruppe der SGAIM, Vertretung der Pädiatrie durch Kerstin Walter.

Tarifrevision läuft weiter: Bundesrat gewährt Aufschub. Auch Kostenträger (curafutura) lehnt neuen Tarif ab.

Neue Impfempfehlungen:
HPV für Jungen: Die offizielle Empfehlung gibt es längst, nun soll der Start endlich am 1. Juli 2016 erfolgen. Dies allerdings im Rahmen der kantonalen Impfprogramme wie bei den Mädchen.
Rotaviren: Bisher keine Impfempfehlung der EKIF, da es keine Kostenübernahme der Versicherungen gibt. Diesbezüglich gibt es noch weitere Bemühungen seitens der EKIF.

Vernehmlassung Nationale Strategie zu Impfungen (NSI): KIS hat seine Stellungnahme beim EDI eingereicht.

Pflichtlager für Impfstoffe: Die Vorbereitungen für 2017 laufen, wir fragen uns jedoch, womit die Lager bestückt werden sollen, wenn es keine Impfstoffe gibt...?

Impfstoffmangel: Weiterhin eine unsichere und höchst unbefriedigende Situation. KIS hat zusammen mit SGP, EKIF und SGAIM erneut einen Brief an Bundesrat Berset geschrieben. Es werden politische Lösungen gefordert (z. B. eine rasche Zulassungsmöglichkeit von Impfstoffen, die es in der Schweiz zwar nicht gibt, die aber den hier fehlenden Impfstoffen entsprechen).

Eine der wichtigen Aufgaben von Kinderärzte Schweiz ist die starke Vernetzung und der nachhaltige Austausch mit einem breiten Netzwerk von Akteuren, die in der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen tätig sind. So hat unser Mitglied Helena Gerritsma Schirlo kürzlich im Auftrag des Vorstandes unseren Verband bei der Mitgliederversammlung und anschliessenden Fachtagung des Schweizerischen Verbandes der Mütterberaterinnen SVM vertreten. Wir bedanken uns herzlich bei Frau Gerritsma Schirlo für ihr Engagement und ihre Berichterstattung.

Daniel Brandl

Fachtagung Schweizerischer Verband der Mütter- und Väterberaterinnen

DR. MED. HELENA
GERRITSMASCHIRLO,
AARAU

In Luzern trafen sich die Mütter- und Väterberaterinnen am 3. März 2016 mit dem Ziel einer neuen Ausrichtung ihres Verbandes in einen Fachverband, was die Arbeitgeber und Arbeitnehmer/-innen an einen Tisch führen soll. Der Grundstein hierzu wurde gelegt.

Die anschliessende Fachtagung unter dem Thema «Kinder und ihre Lebenswelten: Zu-Mutung» wurde eröffnet durch Prof. Dr. phil.-nat. Willi Stadelmann mit dem Vortrag zum Thema, weshalb sich Kinder unterschiedlich entwickeln aus Sicht der Pädagogik und Neuropsychologie. Dabei wurde betont, dass das Potenzial (Genetik) jedes Menschen erst durch Interaktion und soziale Wechselwirkungen aktiviert wird. Die Begabung ist also nicht gegeben, sondern beschreibt, was mit dem Potenzial gemacht wird. Diese Begabung müssen wir bei den Kindern entwickeln im schulischen und familiären Umfeld. Dieses Lernen macht erst «intelligent», die Intelligenz ist daher die Folge von Begabung. Neurobiologisch lässt sich in der Kindheit und Jugend nachweisen, dass sich neue Synapsen mit grosser Geschwindigkeit bilden und auch wieder verschwinden können. Im Schlaf werden diese Dendriten komplettiert und es findet ein «pruning» statt, Überflüssiges wird eliminiert. Deswegen ist Schlafentzug lernhemmend. Diese Dendritenbildung entsteht durch Primärerfahrungen in der Kindheit und nach dem Motto «use it or lose it» ist es für Kinder eminent wichtig, immer wieder Erfahrungen zu machen und diese zu üben, üben, üben. Dabei sind die ersten 2–4 Jahre besonders wichtig. In dieser Zeitspanne wird die Basis des Dendritennetzes gebildet, in dieser Zeit müssen die Erfahrungen gemacht werden. Danach kann an diesem Netz angebaut werden im Sinne einer Strukturbildung. Neues muss sich an Altes binden können, daher ist das initiale Netzwerk so wichtig. So gesehen macht Frühförderung Sinn und ist von grosser Wichtigkeit.

Nach dem Besuch der überaus interessanten und vielseitigen Ausstellung erzählte Frau Univ. Prof. Dr. Nitza

Katz in abwechslungsreicher Art und Weise anhand von vielen persönlichen Beispielen, dass das «kindliche Spiel kein Kinderspiel» ist. Sie verweist auf die «fünf Welten» von Stern. Es beschreibt die kognitiv-affektiven Schichten der Entwicklung, die aufeinander aufbauen und miteinander agieren.

In der *Phase des Fühlens* (0–9 Mte) werden die eigenen Gefühle in verschiedenen Situationen und mit verschiedenen Personen geäussert und dadurch bewertet, dies ist die Grundlage des «safe place». In der *Phase der Sozialisierung* (9–18 Mte) sollten Kinder die Erfahrung machen, eigene Impulse und Regungen wahrnehmen zu können. Das ermöglicht eine basale, sinnliche Körperorientierung. Die *Phase der Vorstellungswelt* (18–24 Mte) vermittelt, dass die unmittelbare soziale Umgebung grundsätzlich interessant, zugewandt und vertrauenswürdig ist und so die Experimentier- und Kontaktfreudigkeit anregt. In der *Phase der Wörter* (24–36 Mte) lernt das Kind, wie man sich mit Worten, Handlungen und bestimmten Rollen und Regeln sozial einen Platz verschafft. Verbale und nonverbale Kommunikation werden zentral. Kinder erhalten Orientierung darüber, wie die Welt tickt. Durch die Sprache als Medium mit sozialer Macht, über präzise Benennungen von Handlungen geht das Kind in die nächste *Phase der Geschichten* (ab 36 Mte), wo Erfahrungen erzählt und als soziale Botschaften geteilt werden.

Der Therapieansatz von Frau Prof. Katz ist es, einen Safe Place zu schaffen, wo das Kind alleine sein darf, die Kommunikation nach aussen regulieren darf und nicht gefordert ist. Im therapeutischen Setting arbeitet sie mit einer Handpuppe. Solche Momente des Safe Place werden idealerweise auch im häuslichen Umfeld kreiert, indem die Mutter z. B. Haushaltsarbeiten erledigt und das Kind spielt, nicht gestört oder unterbrochen wird, aber sich doch der Anwesenheit der Mutter sicher sein kann.

Abschliessend ein persönliches Wort. Die Mütter- und Väterberaterinnen durchlaufen ein modular aufgebaut-

**SVM / ASISP**

Fachtagung / Mitgliederversammlung
3./4. März 2016 im KKL Luzern

«Kinder und ihre Lebenswelten: Zu-Mutung?!»

tes Nachdiplomstudium (z.B. im Careum), aufbauend auf einer Grundausbildung meist als diplomierte Pflegefachpersonen mit mindestens einjähriger Erfahrung. Zu oft wird meines Erachtens auch in den politischen Diskussionen vergessen, dass die Mütter- und Väterberaterinnen vor Ort gute, qualifizierte Arbeit leisten

und lokal gut verankert und vernetzt sind. Machen wir uns das niederschwellige und für die Patienten kostenlose Angebot dieser versierten Mitarbeiter/-innen zunutze, binden wir sie ein in der Frühförderung oder auch in der Integration der Kleinsten, ganz im Sinne vom Referat von Prof. W. Stadelmann. ■

Kinderrechte in der pädiatrischen Praxis

14

DR. MED.

JÜRGEN C. STREULI,

OBERARZT, UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL ZÜRICH;
OBERASSISTENT, INSTITUT
FÜR BIOMEDIZINISCHE
ETHIK, UNIVERSITÄT
ZÜRICH

Einleitung

Kinder¹ sind keine kleinen Erwachsenen. Was einfach und mittlerweile selbstverständlich klingt, kann im Treffen von Entscheidungen eine grosse Herausforderung sein. Die Erkenntnis, dass der minderjährige Patient zahlreiche Rechte und Kompetenzen hat, ist eng mit der Entwicklung der Kinder- und Jugendmedizin im letzten Jahrhundert verbunden. Gleichzeitig führen unterschiedliche Kompetenzen, Ansprüche und Bedürfnisse im therapeutischen Dreieck nicht selten zu Verunsicherung oder Konflikten. Wie ist eine Ablehnung einer Behandlung durch ein Kind zu gewichten oder wie soll die Elternmeinung berücksichtigt werden, wenn sie mit dem Kindeswohl im Konflikt steht?

Das folgende Blitzlicht gibt eine Einführung in die Kinderrechte und Kinderethik. Im Kern geht es dabei um drei Mitteilungen: Erstens: Kinderrecht ist eine Haltung gegenüber dem Kind und seiner Lebenswelt. Zweitens: Kinderrechte haben einen bindenden Inhalt, den es zu kennen gilt. Drittens: Kinderrechte sind konkrete Handlungen im alltäglichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen.

Paradigmenwechsel

Kinder unserer Zeit

«Nimm, Vater, dieses Röschen hin! Ich pflückt' es nur für dich, [...] Und ich, ich blühe nur für dich; Gott schuf mich, dein zu sein.»

Joachim Heinrich Campe, 1779,
Widmungsgedicht auf dem Titelblatt
des «Struwwelpeter»

«Ich bin ich und du bist du. Wenn ich rede, hörst du zu. Wenn du sprichst, dann bin ich still, weil ich dich verstehen will. [...]»

Irmela Brender, 1985, Wir

Wenn man von Kinderrechten oder Kindeswohl spricht, so hat man eine bestimmte Vorstellung von dem, was Kindheit für uns bedeutet. Dabei beruft man sich – bewusst und unbewusst – auf die biologischen, psychologischen, technischen und sozialen sowie rechtlich-moralischen Vorstellungen seiner Lebenswelt [1]. Eine gebräuchliche altgriechische Bezeichnung für Kind – *παῖς* – besass, wie auch die hebräische Bezeichnung, gleichzeitig die Bedeutung von Diener und Dienerin, bzw. Sklave und Sklavin [2]. Diese doppelte Bedeutung deutet auf das damalige hierarchische Gefälle der patriarchalen Gesellschaftsordnung, welche das Kind aufgrund seiner altersunabhängigen, familiären Stellung zu seinem Vater (lat. *pater*) einer eindeutigen untergeordneten Stellung zuwies (vgl. Widmungsgedicht von Campe). Die Interessen der Person, über die entschieden wird, spielten dabei

keine oder eine untergeordnete Rolle. Bezeichnenderweise wurden die ersten Beschäftigungsverbote für Kinder unter 9 Jahren (sic!) in Fabriken, Berg- und Hüttenwerken 1839 nicht mit Blick auf die Interessen der «kleinen Arbeiter» erlassen, sondern aufgrund der Besorgnis der Militärärzte über deren miserable körperliche Verfassung und der daraus folgenden Untauglichkeit für den Militärdienst [3]. Hier wird deutlich, was mit dem ersten Aspekt «Haltung» gemeint ist: Kinderrechte stellen einen Paradigmenwechsel der Haltung gegenüber einem Kind dar: Kinder sind keine passiven Objekte auf dem Weg zum Erwachsenen, sondern aktive Subjekte mit eigenen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Rechten.

Kinderrechte

Die drei «Ps» der Kinderrechte

Die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (KRK) besteht aus 54 Artikeln, von denen mindestens 19 direkte Relevanz für die Kinder- und Jugendmedizin besitzen [4]. Eine kurze und einfach zu merkende Zusammenfassung der KRK sind die drei englischen «Ps»: *Provision, Protection und Participation* [5]. *Provision* steht dabei für das ethische Prinzip, Gutes zu tun und benennt den Anspruch, ein Kind in seiner physischen, psychischen und sozialen Entwicklung zu fördern. Mit *Protection* und dem damit verbundenen Prinzip des Nicht-Schadens sollen körperliche oder seelische Schäden verhindert werden. *Participation* wiederum betont das Recht des Kindes auf einen entwicklungsgerechten Miteinbezug in Entscheidungen und Diskussionen, von welchen es selbst betroffen ist. Kann ein Kind die Notwendigkeit, die Alternativen und Folgen einer Entscheidung im Grundsatz verstehen, braucht es eine (gute) Begründung, um die Meinung des Kindes nicht zu erfragen und nicht zu berücksichtigen.

Zwischen Autonomie und Schutzbedürftigkeit

Das Recht zieht eine scharfe Grenze zwischen der Autonomie einer jungen aber urteilsfähigen und aufgeklärten Person und der Schutzbedürftigkeit eines urteilsunfähigen Kindes. Urteilsfähige Minderjährige können (lebensnotwendige) Behandlungen ablehnen bzw. diesen gegen den Willen ihrer Eltern zustimmen. Dabei gibt es kein Alter, in dem man urteilsfähig «wird». Urteilsfähigkeit hängt vielmehr von der konkreten Situation, d.h. dem Reifegrad, der Komplexität und Konsequenz einer Entscheidung ab. Wenn Zweifel daran bestehen, dass die minderjährige Person die Begleitumstände der Behandlung objektiv einschätzen kann, sind primär Eltern für die Entscheidung zuständig. Aber spätestens bei einer jugendlichen Person müssen diese Zweifel gut begründet sein. So wurde in einem Grundsatzentscheid eine Fachperson vor dem Schweizer Bundesgericht schuldig gesprochen, weil sie eine (nicht lebensnotwendige) Behandlung auf Zustimmung der anwesenden Mutter, aber trotz Ablehnung

¹ Analog zur Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen umfasst der Begriff Kind alle Personen unter 18 Jahren.

der 13-jährigen urteilsfähigen Patientin durchgeführt hat. Andererseits wäre es falsch davon auszugehen, dass ein Kind ohne Urteilsfähigkeit kein Recht auf Mitsprache oder Einbezug bezüglich einer Entscheidung hat [6].

Evolving Capacities

Die Benutzung des Kindeswohlbegriffs für ein urteilsunfähiges Kind ersetzt die kindliche Meinung nicht. Das Gegenteil ist der Fall: Kindeswohl ist integrativ und bedingt eine entwicklungsgerechte und der Situation angemessene Berücksichtigung der kindlichen Perspektive. Besonders bei einem längerfristigen bzw. chronischen Leiden wird deutlich, dass die Urteilsfähigkeit als (förderbarer) Prozess betrachtet werden kann. Priscilla Alderson hat in ihren Studien gezeigt, wie kompetent bereits kleine Kinder bezüglich ihrer medizinischen Situation bei entsprechendem Miteinbezug sein können [7]. Wichtiger als das Alter sind die Bedürfnisse und die förderbaren Fähigkeiten («evolving capacities»), welche individuell, d. h. situations- und personenabhängig zu betrachten sind.

Praktische Umsetzung der Kinderrechte

Tabelle 1 fasst die zentralen Inhalte mit Verweis auf die vollständige Liste der Kinderrechte zusammen. Während viele Handlungen in der kinderärztlichen Praxis bereits im Einklang mit den Rechten des Kindes stehen, wer-

den häufig auch zwei Probleme genannt: Einerseits sind viele Fragen mit einem Mehraufwand verbunden und werfen das Problem der Ressourcenallokation auf. Andererseits eröffnet sich mit den Kinderrechten ein Spannungsfeld zwischen Kindesinteressen, Elterninteressen, Kindeswillen und Kindeswohl. Diese Probleme sind jedoch keine Einwände gegen die Kinderrechte, sondern Konsequenzen, auf die es zu reagieren gilt: Bezüglich Ressourcen ist es nicht zuletzt auch eine Aufgabe der Kinder- und Jugendmedizin darzustellen, dass eine Konsultation mit Kindern im therapeutischen Dreieck zwischen Kindern, Eltern und Fachpersonen komplexer und deshalb aufwendiger ist, als in der typischen Dyade der Erwachsenenmedizin. Das Spannungsfeld im therapeutischen Dreieck wiederum kann entweder mit dem Kindeswohlkonzept, oder bei Vorliegen einer situativen Urteilsfähigkeit wie bereits besprochen mit dem Prinzip der Autonomie geklärt werden. Der Begriff Kindeswohl wird aus Platzgründen in einem zweiten Artikel in einer zukünftigen Ausgabe von *kinderärzte.schweiz* mit Beispielen aus der Praxis genauer beleuchtet. Die zentrale Aussage aber vorweg: Im Grundsatz ist das Konzept multiperspektivisch und partizipatorisch, d. h. es vereint die unterschiedlichen Perspektiven, welche für ein bestimmtes Kind relevant sind: jene der Eltern, der Fachperson(en), des Kindes sowie die mutmassliche Perspektive der zukünftigen Person. Aufgabe des Kinderarztes oder der Kinderärztin ist es, basierend auf den vorhandenen Perspektiven und den damit verbundenen Präferenzen sowie Grenzen ein Optimum für das Kind zu finden (vgl. dazu auch [8] zum Shared Decision-Making Modell). Da ein Kind mit seinen Eltern a priori eine Einheit bildet, sind auch die Elterninteressen bzw. das Elternwohl Teil des Kindeswohls. Zwei Voraussetzungen sind dabei aber zu erfüllen: Das Kind muss bei einer Handlung, die es selbst betrifft, immer auch als Subjekt geachtet werden und ein (relatives) Mass an Risiko oder effektivem Schaden darf nicht überschritten werden. Die Fragen in Tabelle 1 sind eine Möglichkeit, diese Voraussetzungen mit Blick auf die Kinderrechte zu erfüllen. ■

REFERENZEN

- [1] Honig, M.-S., *Entwurf einer Theorie der Kindheit: Die generationale Ordnung*. 1. ed. 1999: Suhrkamp Verlag. 277.
- [2] Surall, F., *Ethik des Kindes: Kinderrechte und ihre theologisch-ethische Rezeption*. 2009, Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. 396.
- [3] Ritzmann, I., *Sorgenkinder – Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert*. 2008, Köln: Böhlau. 320.
- [4] Committee on the Rights of Children, *Convention on the rights of the child*. 1989, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. <http://www.unicef.org/crc/>
- [5] Streuli, J.C., M. Michel, and E. Vayena, *Children's rights in pediatrics*. Eur J Pediatr. 2011. **170**(1): p. 9–14.
- [6] Michel, M.R., *Rechte von Kindern in medizinischen Heilbehandlungen*. 2009, Basel: Helbing Lichtenhahn. 243.
- [7] Alderson, P., *Die Autonomie des Kindes: Über die Selbstbestimmungsfähigkeit von Kindern in der Medizin*, in *Das Kind als Patient: ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille*, C. Wiesemann, et al., Editors. 2003, Campus Verlag.
- [8] Streuli, J.C. and E. Bergsträsser, *Shared Decision Making in der Pädiatrie*. Paediatrica, 2015. **26**(4).

Frage	UNCRC
Unternehme ich alles Mögliche, um Gespräche mit genügend Zeit, ungestört und in einer angenehmen, kinderfreundlichen Atmosphäre durchführen zu können?	Art. 3, 9, 16, 23, 31
Spreche ich ab dem Kleinkindalter zunehmend auch mit dem Kind und nicht nur über das Kind?	Art. 12, 13, 16
Erkläre ich dem Kind Grund und Sinn der Therapie in einer angemessenen Weise?	Art. 13
Gebe ich dem Kind zu verstehen, dass es alles fragen und wissen darf, auch wenn es schwierig sein könnte?	Art. 12, 13
Spreche ich mit dem Kind auf eine ihm angemessene Art? (Tempo, Pausen, Wortwahl, Zeichnungen, Demonstration mit Spielsachen, Videos, Computerprogrammen etc.)	Art. 3, 13, 30, 31
Erhält das Kind für den Entscheidungsprozess genügend Zeit und Hilfe?	Art. 5, 13, 31
Lasse ich das Kind spüren, dass es mit seinen Problemen nie allein gelassen wird?	Art. 9, 19, 24
Besitze ich die nötige Offenheit und Unvoreingenommenheit für einen Dialog?	Art. 2, 12, 13
Trägt das Kind mit sprachlicher oder symbolischer Kommunikation zum Procedere bei?	Art. 3, 12
Versuche ich auch Entscheide von Kindern und Eltern zu verstehen, die mir primär als falsch erscheinen?	Art. 12, 24, 27
Handle ich im besten Interesse, Kindeswohl interprofessionell und im Dialog mit Kind und Eltern, und nicht nur aus Sicht des biomedizinischen Standards?	Art. 3, 5, 9, 18, 31
Setze ich mich für Kinder ein, welche möglicherweise vernachlässigt oder misshandelt werden und hole ich die Hilfe, welche ich dazu brauche?	Art. 3, 6, 12, 19, 20
Gebe ich dem Kind (wohlüberlegte) Chancen, eigene Erfahrungen zu sammeln und in einem gewissen Rahmen auch Fehler zu machen?	Art. 6, 12, 13, 30
Biete ich dem Kind neben kurativer auch bestmögliche unterstützende, palliative oder «comfort»-Therapie?	Art. 3, 19, 23
Führe und/oder diskutiere ich schwierige Gespräche interdisziplinär oder interprofessionell?	Art. 3, 24
Interessiere und kümmerge ich mich auch um die Grundbedürfnisse von Kind und Familie und fördere ich aktiv Entwicklung und Gesundheit des Kindes?	Art. 6, 18, 19, 27
Unterstütze ich die Eltern, ihren Kindern zur Seite zu stehen, wenn es darum geht, die eigenen Stärken und Schwächen kennenzulernen?	Art. 5
Fördere ich regelmässig meine Fähigkeiten, mit Kindern zu kommunizieren und auf sie einzugehen, bzw. gebe ich meine Erfahrung durch Fortbildungen weiter?	Art. 2, 3, 6, 12, 13, 24

Tabelle 1: Fragen zur Umsetzung der Kinderrechte in der kinderärztlichen Praxis (adaptiert von [5]).

Die Frage nach den richtigen Wachstumskurven bleibt ungelöst

Vor fünf Jahren, im Jahre 2011, hat die Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie den Schweizer Ärzten empfohlen, ab sofort nur noch die im Kinderspital Zürich bearbeiteten US/WHO-Kurven zu verwenden. Auf welcher Basis dies geschehen ist, war zu Beginn nicht klar. In einer Zeit, in welcher zum Beispiel in Österreich mit grossen Anstrengungen eigene österreichische Wachstumskurven erarbeitet wurden, hat man hier amerikanische Multikulti-Kurven genommen und versucht, diese für Schweizer Verhältnisse anzupassen. Dabei wurden für das Alter von 0 bis 5 Jahren WHO-Daten aus Brasilien, Ghana, Indien, Norwegen, Oman und USA herangezogen; und für das Alter zwischen 5 und 18 Jahre amerikanische Daten von Weissen, Schwarzen, Hispanos und Asiaten aus den 1970er-Jahren. Unter den Mitverfassern waren Gastroenterologen und Vertreter von Kliniken, welche viel mit übergewichtigen Kindern zu tun haben. Es ging wohl darum, dass man Übergewicht besser vom Normalgewicht abgrenzen wollte mit dem Ziel, dass die Krankenkassen die Kosten der Behandlung von zu dicken Kindern übernehmen sollten. Dass die Verfasser aber eingestehen, dass die neuen Normwerte für die Beurteilung des Wachstums im Schulalter nicht optimal seien, ist für mich als Pädiater nicht nachvollziehbar. Ist es doch das Wachstum, welches eine Haupteigenschaft des Kindseins ist.

PROF. DR. MED.
URS EIHOLZER,
PEZZ, ZÜRICH

Die Fakten können sich ändern – Gewicht und Körpergrösse in Abhängigkeit vom Lebensstandard

Die Körpergrösse ist ein Indikator für den Lebensstandard. Dank der Rekruten-Untersuchungen wissen wir, dass die Schweizer in den letzten 120 Jahren rund 15 cm grösser geworden sind – ein Phänomen, welches in diesem Zeitraum in ganz Europa beobachtet wurde. Besonders ausgeprägt war die Grössenzunahme bei uns zwischen 1900 und 1950. Zwischen 1975 (Geburtsjahre 1955) und 1990 (Geburtsjahre 1970) betrug die Zunahme noch 2 cm und ist dann weitgehend zum Stillstand gekommen. Gleichzeitig sind auch die Grössenunterschiede zwischen Arm und Reich verschwunden, welche beispielsweise 1945 in der Stadt Bern noch rund 5 cm ausmachten. Es konnte auch gezeigt werden, dass die Zunahme der Erwachsenenengrösse fast ausschliesslich auf die Säuglingszeit zurückgeht. Wenn die Säuglinge gut ernährt und medizinisch gut betreut sind, wird das Wachstumspotenzial grösser – aber nur bis zu einem gewissen Grad, den wir offenbar erreicht haben. So sind der durchschnittliche Deutsche, der durchschnittliche Schweizer und der durchschnittliche weisse Amerikaner praktisch gleich gross.

Die Zunahme der Anzahl übergewichtiger Kinder hat erst etwa in den 1950er-Jahren begonnen. Damals waren rund 90 % der Kinder normalgewichtig, die restlichen 10 % verteilten sich gleichmässig auf unter- und übergewichtige Kinder. Im Jahre 2010 sah das dann anders aus: 70 % der Kinder waren normalgewichtig, 3 % untergewichtig und der Rest, also mehr als 25 % übergewichtig oder sehr übergewichtig. Nun, wenn sich Grösse und Gewicht einer Bevölkerung ändern, muss man überlegen, ob die Normwerte noch passen oder ob sie angepasst werden müssen.

Die Zürcher Prader-Kurven von 1975

Wir Schweizer sind stolze Besitzer eigener Wachstumskurven, welche nach 1975 von Prof. Andrea Prader und

Mitarbeitern erarbeitet wurden. Im Rahmen der Ersten Zürcher Longitudinalstudie wurden Kinder der Jahrgänge 1954–1956, welche um 1975 erwachsen waren, alle sechs Monate genau gemessen und gewogen und daraus wurden dann die Perzentilenkurven konstruiert, welche nicht nur in der Schweiz, sondern auch in vielen anderen Ländern verwendet wurden und immer noch werden. Glücklicherweise stammten die Kinder für die Studien aus der Umgebung des Kinderspitals und waren deshalb meistens Teil der Mittel- und Oberschicht vom Fusse des Zürichberges. Wichtig ist diese Feststellung, weil die besser situierten Leute damals noch etwas grösser waren als Kinder aus ärmeren Schichten. Das Wachstum der Mittelschicht ist in der Zwischenzeit praktisch unverändert geblieben. Die Schweiz ist also in der glücklichen Lage, über Wachstumskurven zu verfügen, welche von Schweizer Kindern stammen und auch heute noch auf diese zugeschnitten sind. Die Prader Wachstumsnormwerte aus Zürich von 1975 waren also für die Grösse der Schweizer Kinder auch im Jahre 2011 noch völlig in Ordnung.

Etwas anders ist es bei den Säuglingen, weil die Säuglinge wegen der besseren Ernährung (mehr gestillte Kinder, bessere künstliche Milch) im Durchschnitt in den ersten Lebensmonaten grösser sind als früher. Dies zeigte 1998 die Zürcher Arbeitsgemeinschaft praktizierender Pädiater (ZAPP) in einer wissenschaftlichen Arbeit. In dieser Arbeit wurde bereits skizziert, wie man die Wachstumskurven von Prof. Prader für die verschiedenen Altersgruppen mit kleinen sogenannten Querschnittsuntersuchungen überprüfen und bei Bedarf anpassen könnte, falls dies dann ausserhalb der Säuglingszeit auch nötig sein sollte.

So viel zum Wachstum, nun zum Gewicht. Die Zunahme der Anzahl übergewichtiger Kinder geschah hauptsächlich erst nach 1975, sodass die Gewichtskurven der Kinder, welche um 1955 geboren wurden, vor allem im übergewichtigen Teil nicht mehr vollständig mit der heutigen Realität übereinstimmen. Man kann sich aber fragen,

wie zielführend es ist, die Normwerte an eine zunehmend übergewichtige Gesellschaft anzupassen. Bei dieser Überlegung kann uns das Cholesterin-Beispiel helfen. Die Cholesterinwerte der Schweizer stiegen in 1990er-Jahren kontinuierlich. Hat man deshalb die Normwerte nach oben angepasst? Nein, ganz im Gegenteil, man hat sie gesenkt, weil man bemerkt hat, dass man mit niedrigeren Cholesterinwerten länger und besser lebt.

Die Fehlentscheidung der SGP aus dem Jahre 2011

2011 hat sich die Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie für die Übernahme der WHO/US-Normwerte entschieden – und zwar hauptsächlich deshalb, weil die Gewichtskurven die Realität der heutigen Kinder nicht mehr adäquat spiegelten. Man wollte eine neue Basis schaffen, um an zusätzliche Gelder der Krankenkassen zu gelangen, wie das folgende Zitat illustriert (Paediatrica 2011):

«Für die Beurteilung des Gewichtes [...] bringen sie [Anm: die WHO/US-Wachstums- und Gewichtskurven] unbestrittene Vorteile. Für die Vergütung der Adipositastherapie bei Jugendlichen werden seit diesem Sommer die Limiten der neuen Wachstumskurven von der eidgenössischen Leistungskommission anerkannt.» (Unterzeichnet u.a. vom damaligen Präsidenten der Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie).

Leider ist dabei als eine Art Kollateralschaden die Zuverlässigkeit dieser Normwerte für das Wachstum teilweise verloren gegangen – und zwar gerade in einer wichtigen Lebensphase, nämlich vor und während der Pubertätsentwicklung – und das wurde offenbar bewusst in Kauf genommen: «Bei der Höhenbeurteilung im Schulalter kann man geteilter Meinung sein» (Zitat aus der gleichen Verlautbarung).

Die amerikanischen Kurven sind für Schweizer Kinder nicht repräsentativ

Am einfachsten zu vergleichen und nachzuprüfen ist die Erwachsenengrösse (Alter 18 Jahre), welche auf den Kurven abgebildet ist. Auf den neuen US-Wachstumskurven wären die heutigen Männer und Frauen kleiner als vor 50 Jahren bei uns. Wie wir oben gesehen haben, ist dies eindeutig nicht der Fall. So sind die Männer (Aushebung 2004) im Durchschnitt 177,5 cm gross, also wie erwartet etwas grösser als auf den Prader-Kurven, aber insbesondere auch grösser als auf den US-Kurven.

Für die Kinder vor der Pubertät gilt das gleiche. Sie sind auf den Prader-Kurven grösser als die US/WHO-Kurven angeben – und weshalb um alles in der Welt sollen die Schweizer Kinder auf einmal kleiner geworden sein? Andererseits aber, und das ist viel gravierender, liegen die WHO/US-Kurven im Pubertätsalter zu hoch, da amerikanische Kinder ca. zwei Jahre früher in die Pubertät kommen als Schweizer Kinder und deshalb der Pubertätswachstumsspur bei ihnen früher einsetzt.



Schulärztliche Untersuchung eines Stadtberner Schulkindes um 1945. Schularztamt. Staatsarchiv Bern, Fotonachlass Hans Tschirren.

Die US/WHO-Kurven bringen ausschliesslich im ersten Jahr eine gewisse, insgesamt jedoch eindeutig ungenügende Verbesserung. Die neusten Schweizer Daten der ZAPP-Studie zeigen nämlich, dass Schweizer Kinder im ersten Lebensjahr noch schwerer und grösser sind, als die WHO-Kurven angeben.

Beim Kind ist das Wachstum zentral

Nun ist aber das Wachstum und nicht die Frage, dass man dick oder dünn sein kann, die zentrale Eigenschaft, welche das Kind vom Erwachsenen unterscheidet. Im Weiteren ist das Wachstum für die Frage gesund oder krank im Kindesalter von weit entscheidenderer Bedeutung als das Gewicht. Die Früherkennung und Behandlung einer Wachstumsstörung ist schon deswegen wichtig, weil für das Wachstum nur ein Fenster von wenigen Jahren zur Verfügung steht. Eine verpasste Wachstumsstörung ist oft dann gleichbedeutend mit einem Verlust an erwachsener Endgrösse. Und es ist beispielsweise auch für die Diagnose von bestimmten Tumorarten von zentraler Bedeutung. Hingegen ist die Frage des Übergewichtes für ein bestimmtes Individuum eine lebenslange Aufgabe, auf deren Ausgang die frühe Behandlung keinen entscheidenden Einfluss hat. Es ist nicht so, dass eine frühzeitige Kalorienreduktion die Problematik für den späteren Erwachsenen entscheidend ändern würde. Wenn man mit zu viel Hunger geboren wurde, dann begleitet einen dieser Hunger ein Leben lang und weitgehend unabhängig davon, ob frühzeitig eingeschritten wird oder nicht.

Nationale Kurven versus WHO/US-Kurven

Die Frage, nationale Kurven versus WHO/US-Kurven wird auch ausserhalb der Schweiz ausführlich diskutiert. So war die Anzahl diagnostizierter Turner-Fälle auf dem Hintergrund der nationalen finnischen Wachstumsdaten doppelt so hoch als auf dem Hintergrund der WHO-Daten. Eine nordamerikanische Studie zeigte, dass das Wachstum von zweijährigen Kindern mit zystischer Fibrose auf dem Hintergrund von lokalen Wachstumskurven in 26 % der Fälle auffällig war, auf dem Hintergrund der WHO nur 9 % der Fälle. Das Resultat scheint eindeutig: Bei der Beurteilung des Wachstums sind nationale Wachstumskurven den WHO-Wachstumskurven überlegen.

Wie weiter?

Zuerst muss die Diskussion einmal offen geführt werden, wie man das in wissenschaftlichen Kreisen gewohnt ist und wie wir das in unserem Lande sonst ja auch tun. Wenn die Diskussion dazu führt, dass sich die Pädiater überlegen, wie sie Wachstum tatsächlich wahrnehmen und beurteilen, dann ist das per se eine gute Sache. Die zentrale Bedeutung von Wachstum und Grösse findet in der Aus- und Weiterbildung zu wenig Beachtung. Man verhält

sich so, als ob das Wachstum hauptsächlich in die Domäne der pädiatrischen Endokrinologie gehöre. Die Beurteilung des Wachstums ist aber eine der zentralen Aufgaben der Kinderärztinnen und Kinderärzte. Das Wachstum unterscheidet das Kind vom Erwachsenen. Viele körperliche Beeinträchtigungen schlagen sich zumindest mittelfristig im Wachstumsverlauf nieder. Ganz zentral dabei ist die genaue Messung von Grösse und Gewicht und Wachstumskurven, die auf Schweizer Kinder passen. ■

Die Abklärung eines ungenügenden Wachstums ergibt manchmal erstaunliche Einsichten

PROF. DR. MED.
URS EIHOLZER,
PEZZ, ZÜRICH

Den unten dargestellten Fall hatte ich ursprünglich für die Rubrik FORTBILDUNG im Heft «Paediatrica» geschrieben. Er wurde aber von der Redaktionskommission abgelehnt mit der Begründung, dass schon mehrere Artikel zu diesem Thema erschienen seien. Dabei gab es genau einen Artikel und einen Leserbrief im Jahre 2011 darüber! Es macht den Eindruck, als ob die SGP jede Diskussion zu den Wachstumskurven schon im Keime ersticken möchte. Die Frage der richtigen Wachstumskurve ist aber von entscheidender Wichtigkeit für die ganze Pädiatrie, wie das folgende Beispiel illustriert:

Fallbeschreibung

Sarah wird vom Kinderarzt mit «Verdacht auf ungenügendes Wachstum» zugewiesen. Geburtsgewicht und Geburtslänge waren normal. Sie wird seit 6 Monaten wegen eines «ADS vom hypoaktiven Typus» mit Ritalin behandelt. Bis auf die Wachstumsauffälligkeit geht es Sarah gut. Sie leidet allerdings darunter, dass sie in ihrer Klasse die Kleinste ist und dass bei ihr die Pubertätsentwicklung noch nicht begonnen hat.

Bei der Untersuchung im Alter von 12,3 Jahren war Sarah 139,0 cm gross und 30,1 kg schwer. Gewicht pro Grösse lag im Normbereich etwas oberhalb der 30. Perzentile. Die Pubertätsentwicklung entsprach B1 und P1, war also vollständig präpuberal. Auf der mitgeschickten Wachstumskurve (s. Abb. 1) lag die Grösse im Alter von 6 Jahren leicht unterhalb von P. 25; mit 9,5 Jahren auf P. 10; mit 10,5 Jahren zwischen P. 3 und P. 10 und jetzt mit 12,3 Jahren unter P. 3.

Das Handröntgenbild wurde extern durch einen pädiatrischen Endokrinologen befundet und ergab ein Knochenalter von 10,0 Jahren nach Greulich und Pyle resp. von 9,3 Jahren nach Tanner TW3. Die daraus errechneten Wachstumsprognosen lagen bei 159,0 cm (Bayley-Pinneau) oder bei 160,7 cm (Tanner TW3). Diese Wachstumsprognosen lagen im untersten familiären Zielgrös-

senbereich von 167 cm (+ 8,5 cm) bei einer Grösse der Mutter von 169 cm und einer Grösse des Vaters von 178 cm.

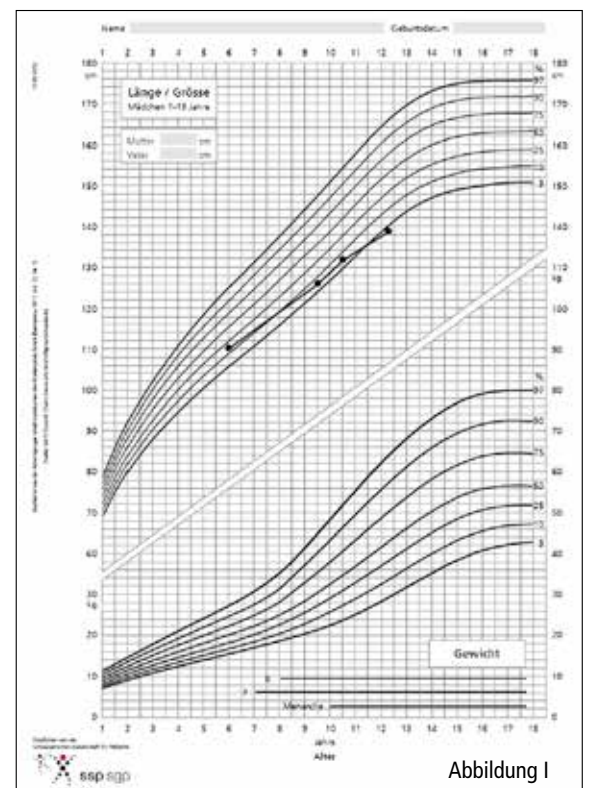


Abbildung 1

Frage 1: An welche Störungen denkt man beim Betrachten der Wachstumskurve?

Antwort: Eine kleine Körpergrösse mit einer verzögerten Knochenreife ist meistens die Folge einer konstitutionellen Verzögerung von Wachstum und Pubertätsentwicklung. Sie könnte allerdings auch jede chronische Krankheit zur Ursache haben. Am häufigsten ist hier viel-

leicht die Zöliakie, aber auch jede andere chronische Krankheit wie beispielsweise eine Niereninsuffizienz, eine Hypothyreose und ein Wachstumshormonmangel sollten keinesfalls verpasst werden.

Frage 2: Welche weitergehenden Untersuchungen sollten deshalb ins Auge gefasst werden?

Antwort: Der zuweisende Kinderarzt hatte bereits einen Eisenmangel und eine Zöliakie ausgeschlossen. Gliadin-AK vom IgG-Typ und Gliadin-AK vom IgA-Typ, sowie die AK gegen Transglutaminase waren negativ und der Immunoglobulin-A-Spiegel war normal. Im Weiteren waren ASAT, ALAT, Harnstoff, Kreatinin, Ferritin und TSH normal.

Kommentar zu den Überlegungen des Kinderarztes:

Ein Zurückfallen von der 25. Perzentile unter die 3. Perzentile im Verlaufe von rund 6 Jahren ist abklärungsbedürftig, da sind wir mit dem zuweisenden Pädiater einverstanden. Dazu besteht eine Verzögerung der Knochenreifung von rund zwei Jahren. Weil der Knick in der Wachstumskurve schon vor längerer Zeit, wahrscheinlich vor dem 6. Geburtstag stattgefunden hat, sieht es nicht danach aus, dass diese Verzögerung im Zusammenhang mit der Ritalin-Einnahme stehen würde, welche erst vor 6 Monaten begonnen wurde. Der Kinderarzt hat unserer Meinung nach die für ihn überschaubaren Diagnosen korrekt ausgeschlossen.

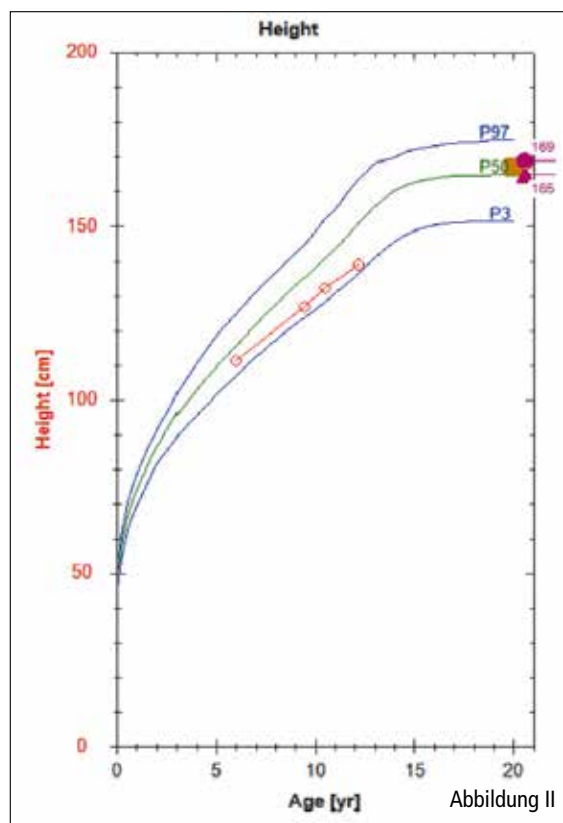
Unsere weiteren Überlegungen:

Eine Störung der Pubertätsentwicklung im Rahmen eines Hypogonadismus ist wenig wahrscheinlich, weil in einem solchen Falle die Abflachung der Wachstumskurve erst später, nämlich bei einem beginnend puberalen Knochenalter eingesetzt hätte – also bei Mädchen bei einem Knochenalter von ungefähr 10 bis 11 Jahren. Auch bei einer einfachen konstitutionellen Verzögerung verläuft das Wachstum in der Regel bei Mädchen bis ins Alter von 10 Jahren im gleichen Perzentilenkanal und flacht erst dann ab, wenn die anderen Mädchen den Pubertätswachstumsspur beginnen. Trotzdem ist eine konstitutionelle Verzögerung als Ursache für das auffällige Wachstum nicht ausgeschlossen. Ebenfalls noch nicht ausgeschlossen wurde bisher ein Wachstumshormonmangel und, allenfalls damit verbunden, eine hypothalamische Hypothyreose.

Bei einer genetischen Ursache wie beispielsweise einem Turner-Syndrom oder einer Skelettdysplasie ist die Knochenreifung in der Regel nicht verzögert, die Wachstumsprognosen wären kleiner und die Körperproportionen auffällig.

Frage 3: Welche Abklärungen haben wir also zusätzlich vorgenommen?

Antwort: Zum Ausschluss einer Hypothyreose (primär oder zentral) würde man FT₄, FT₃ und TSH bestimmen. Zum Ausschluss eines Wachstumshormonmangels würde man zuerst das IGF-I und eventuell das IGF-BP-3 bestimmen und dann, weil dieses in dieser Altersgruppe bei bestehender



Verzögerung der Knochenreifung in der Regel niedrig ist, anschliessend wahrscheinlich Wachstumshormonteste nach einem vorangehenden Priming mit Östrogenen während einer Woche durchführen.

Auflösung:

Wir haben gar keine weiteren Untersuchungen mehr vorgenommen, sondern die Wachstumsdaten mit den Normwerten von Prader et. al. verglichen. Und siehe da, die Wachstumskurve von Sarah ist völlig normal! Sie verläuft ohne Verlangsamung im angestammten Perzentilenkanal (Vgl. Abb. I)! Sie sieht einzig auf dem Hintergrund der neuen «Schweizer» Kurven, denen keine Schweizer Daten, sondern US-Daten zugrunde liegen, pathologisch aus!

Erklärung:

2011 haben das Zürcher Kinderspital und die Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie neue Wachstumskurven publiziert. Wir haben damals lauthals dagegen protestiert, wie im Übrigen (weniger lauthals) auch alle anderen pädiatrischen Endokrinologen. Die vorher überall verwendeten Wachstumskurven von Prader et al. stammten von Zürcher Kindern, während die neuen vor allem mit amerikanischen Daten konstruiert wurden. Für eine leichte Verbesserung dieser neuen Kurven für das erste Lebensjahr wurde eine gravierende Verschlechterung im späteren Kindes- und insbesondere Pubertätsalter in Kauf genommen, wie dieses Beispiel sehr klar illustriert. Die hauptsächlich zugrunde liegenden amerikanischen Kinder sind infolge von ethnischen Unterschieden kleiner. Auch findet der Pubertätswachstumsspur insbesondere bei den Mädchen mehr als zwei Jahre früher als bei den Schweizer Kindern statt, was bei genauem Vergleichen der bisherigen und neuen Kurven offensichtlich wird. ■

Geimpfte Jungen helfen Mädchen zu schützen mit 11–14 Jahren: Gardasil® Impfung



- HPV-bedingte Karzinome und Erkrankungen können Frauen und Männer erheblich beeinträchtigen^{1,2}
- Gardasil® – der einzige Impfstoff gegen die 4 HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 bei Jungen und Männern³
- Gardasil® – gutes Sicherheitsprofil³
- Impfung mit Gardasil® vor dem 1. Sexualkontakt und wenn die Immunantwort optimal ist^{4,*}
- Bei Impfung von 11- bis 14-jährigen Jungen und Mädchen kann auf eine dritte Dosis verzichtet werden^{5,6,**,***}

Referenzen

1. Spaar, Masserey. HPV-Impfung in der Schweiz. Pädiatrie 2015;6:8-11 **2.** NICER cancer incidence Switzerland. www.nicer.org/en/statistics-atlas/cancer-incidence. Stand Juni 2016. **3.** Gardasil® Fachinformation. www.swissmedinfo.ch **4.** Schiffman et al. The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention. N Engl J Med 2005;353(20):2101-4 **5.** Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. HPV-Impfung: ergänzende Impfempfehlung für Jungen und Männer im Alter von 11 bis 26 Jahren. Bull BAG 2015;Nr.10 **6.** Schweizerischer Impfplan 2016. Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen, Richtlinien und Empfehlungen, Stand 2016. *Nachholbare Impfung für junge Frauen und Männer von 15–26 Jahren vergütet über kantonale Impfprogramme. **Analog zu den Empfehlungen bei Mädchen ist für gesunde 11- bis 14-jährige Jungen ein 2-Dosen-Schema (0 und 6 Monate) empfohlen. ***Ab dem 15. Geburtstag und für Personen mit Immunschwäche sind 3 Impfdosen (0, 1–2 und 6 Monate) empfohlen.

Gekürzte Fachinformation

Gardasil®: Z: Eine Impfdosis (0.5 ml) Impfstoffsuspension enthält ca. 20 µg HPV-Typ 6 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 11 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 16 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 18 L1-Protein. **I:** Impfstoff zur Prävention der folgenden Erkrankungen, die von den Typen 6, 11, 16 und 18 des humanen Papillomvirus (HPV) verursacht werden: Zervixkarzinom, präinvasive Läsionen im Genitalbereich (Zervix, Vulva und Vagina), Analkarzinom, präinvasive Läsionen im Analbereich und Genitalwarzen (Condyloma acuminata) bei Frauen und Mädchen ab einem Alter von 9 Jahren. Analkarzinom, präinvasive Läsionen im Analbereich und Genitalwarzen (Condyloma acuminata) bedingt durch HPV 6 und 11 bei Männern und Jungen im Alter zwischen 9 und 26 Jahren. **D:** Grundimmunisierung: 3 Einzeldosen zu je 0.5 ml, die gemäss Impfschema 0, 2, 6 Monate verabreicht werden. Der Impfstoff ist intramuskulär anzuwenden. Die Anwendung von Gardasil® bei Kindern unter 9 Jahren wird nicht empfohlen. **KI:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder gegen einen der sonstigen Bestandteile; akute, schwere, fieberhafte Erkrankung. **VM:** Wie bei allen injizierbaren Impfstoffen sollten für den Fall seltener anaphylaktischer Reaktionen nach Gabe des Impfstoffs geeignete Behandlungsmöglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen; Synkopen. **UW:** Kopfschmerzen, Übelkeit, Erythem, Schmerzen, Schwellung; Fieber, Schmerzen in den Extremitäten; Bluterguss, Pruritus. **P:** Fertigspritze (1 Impfdosis) mit Nadelenschutzvorrichtung und zwei separat eingeblisterten Nadeln. Packungen mit 1 und 10 Fertigspritzen. Stand der Information: Mai 2015. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmmatt, 6340 Baar. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch.

Zikavirus und Reisen



Aedes aegypti Mücke.

Quelle: Internet

DR. MED.
MICHAEL BÜTTCHER,
OBERARZT,
PÄDIATRIE UND
PÄDIATRISCHE
INFEKTOLOGIE,
KINDERSPITAL LUZERN

Im Internet sowie in weiteren audiovisuellen Medien steht seit ein paar Monaten das Zikavirus (ZV) und daraus resultierende Erkrankungen im Vordergrund. Aufgrund der raschen Ausbreitung in Mittel- und Südamerika, in der Karibik sowie eines möglichen Zusammenhangs neurologischer Fehlbildungen (Mikrozephalie) bei Neugeborenen hat die WHO im Februar die ZV-Ausbrüche für eine «Gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite» erklärt. Kürzlich folgte dann die Empfehlung von über hundert Experten an die WHO, die bald stattfindenden Olympischen Spiele in Rio räumlich zu verlegen und zu vertagen. Es besteht die Sorge, dass zahlreiche Besucher sich anstecken und die Ausbreitung des Virus in noch weitere Regionen erleichtern. Diese Gefahr besteht natürlich auch unabhängig von so einem grossen Event durch die zahlreichen Reisenden in diese Endemiegebiete. Aktive Übertragungen sind v. a. möglich in Mittel- und Südamerika, der Karibik und den Inseln des Pazifiks. Aktueller Stand: <http://www.cdc.gov/zika/geo/active-countries.html>

Für uns Pädiater gilt es, vor allem die Mütter (mit weiterem Kinderwunsch oder Schwangere) sowie die Väter zu beraten.

Vektor

Die Übertragung erfolgt durch *Aedes aegypti/albopictus* Mücken. Deren Hauptaktivität ist am Tag und in den frühen Abendstunden. Sie stechen bevorzugt den Menschen und sind daher hauptsächlich in Städten anzutreffen. Es gibt dokumentierte Fälle durch sexuelle Übertragung (auch nach der akuten Erkrankungsphase). *Aedes* überträgt zudem das Gelb-, Dengue- und das Chikungunyafieber. Die Mücke selber steckt sich an, indem sie eine infizierte Person sticht, und überträgt das Virus dann an eine andere Person, aber auch an die nächste Mückengeneration (vertikale Übertragung). *Aedes aegypti*, die vor allem für die aktuelle Epidemie verantwortlich ist, kommt in der Schweiz nicht vor. *Aedes albopictus*, die das ZV übertragen könnte, kommt nur im Tessin vor. Dementsprechend wäre theoretisch eine Übertragung auf «naive» Tessiner *Aedes albopictus* Mücken möglich, wenn diese einen ZV-Infizierten in der

virämischen Phase (das heisst in den ersten 5 Tagen nach Symptombeginn) stechen (autochtone Übertragung).

Klinik

Ein grosser Anteil (bis 80 %) der ZV-Infektionen verläuft asymptomatisch.

Im Allgemeinen sind Symptome ein makulo-papulärer Ausschlag (oft zuerst im Gesicht und danach am übrigen Körper), Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen, konjunktivale Hyperämie und Fieber. Die Symptome treten in einem Zeitraum von 3–12 Tagen (meist 3–7 Tage) nach einem infektiösen Mückenstich auf und halten bis zu einer Woche an. Kinder sind nicht schwerer betroffen. Komplizierte Verläufe sind nur bei wenigen Personen mit schweren Vorerkrankungen beschrieben. Im Vergleich zu Dengue und Chikungunya treten bei ZV eine konjunktivale Hyperämie, ausgeprägtes Exanthem oder eine Schwellung der peripheren Extremitäten häufiger auf.

Empfehlungen

Allgemeine Massnahmen sind optimaler Mückenschutz tagsüber, abends und nachts (insbesondere zur Hauptübertragungszeit am Vormittag sowie vom späten Nachmittag bis zur Dämmerung) mittels Repellentien (DEET); lange, helle, imprägnierte Kleider oder Mückennetze bzw. Aufenthalt in klimatisierten Räumen.

Angesichts des vermuteten Zusammenhangs zwischen einer ZV-Infektion und den Mikrozephaliefällen rät aktuell das BAG Frauen, die schwanger sind oder es werden möchten, von einer Reise in die betroffenen Länder ab. Frauen mit Kinderwunsch sollten nach ihrer Rückkehr mindestens 3 Menstruationszyklen mit einer Schwangerschaft abwarten. Da bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr ein Infektionsrisiko besteht, sollten Männer, die eine Region mit aktiver ZV-Übertragung besucht haben, 3 Monate (oder länger) nach ihrer Rückkehr Kondome verwenden. Die genaue Dauer des sexuellen Übertragungsrisikos ist noch nicht bekannt. ■

QUELLEN:

BAG; CDC; Swiss Tropical and Public Health Institute; Safetravel

Kursbericht Pädiatrische Dermatologie

Workshop (Block 1) 17./18. März 2016

DR. MED.
KIRSTEN SCHIESSER,
SOOL

Topmotiviert und gespannt auf die ersten 2 Kurstage des pädiatrischen Dermatologieblockkurses fanden wir uns im Hotel Sedartis in Thalwil ein.

Eloquent wie immer führte uns Lisa Weibel im Eilzugtempo durch die blumige Welt der Primär- und Sekundäreffloreszenzen. Keiner von uns wird mehr von Pusteln sprechen und Urticae meinen, geschweige denn eine lokalisierte Hautveränderung als Exanthem bezeichnen. Nachdem so die gemeinsame Sprache definiert war, kamen wir sofort zur Sache.

Noch nicht alle kannten das Angebot der Teledermatologie (siehe Kasten). Ein toller Service!

Die Indikation zur Therapie von Hämangiomen mit Betablockern weitet sich zunehmend aus

Ein Update zur Klassifikation der vaskulären Anomalien in vaskuläre Tumoren bzw. Malformationen, für uns Nicht-Dermatologen nicht immer einfach, leitete über zum Spitzenreiter unter den vaskulären Tumoren in der Praxis, dem infantilen Hämangiom. In seltenen, unklaren Einzelfällen kann der immunhistologische Nachweis von GLUT1 zur sicheren Abgrenzung vom kaposiformen Hämangioendotheliom, Granuloma pyogenicum und congenitalen Hämangiomen hilfreich sein, bei klarer klinischer Diagnose ist jedoch keine Biopsie erforderlich. Bei Wachstumsspeak zwischen 5,5 und 7,5 Wochen sollte der Therapiebeginn früh erfolgen, unter 8 Wochen bei systemischer Propanololtherapie Einleitung in der Tagesklinik. Die Indikation zur Therapie der infantilen Hämangiome mittels lokaler Anwendung oder systemischer Gabe von Betablockern weitet sich tendenziell von den unbestrittenen Hochrisikolokalisationen vor allem im Gesicht – aktuell brauchen ca. 15% eine Therapie – auch auf kosmetische Überlegungen aus, was zu Diskussionen unter den Teilnehmern Anlass gab. Zu bedenken ist, dass doch in 30–65% Residuen wie z. B. Teleangiektasien, fibrolipomatöse Veränderungen oder Areale atrophischer Haut zurückbleiben, welche ästhetisch beeinträchtigen. Die topische Therapie mit Timololgel eignet sich vor allem für kleine oberflächliche infantile Hämangiome sowie bei Ulzerations-

gefahr bei Lokalisation im Windelbereich, wobei die systemische Absorption bei Behandlung grösserer Flächen vor allem bei jungen Säuglingen zu beachten ist. Als Faustregel darf die behandelte Fläche nicht grösser als die Handfläche des Kindes sein. Bei congenitalen Hämangiomen, die bereits bei Geburt voll ausgebildet sind und eine eigenständige Involutiondynamik haben, zeigt Propanolol hingegen keine Wirkung. Das Kasabach-Meritt Phänomen mit Thrombocytopenie, erhöhten D-Dimeren und erniedrigtem Fibrinogen wird insbesondere beim kaposiformen Hämangioendotheliom, dem Tufted Angioma sowie venösen Malformationen angetroffen. Beim Lymphangiom zeigt sich nebst interventionellen Verfahren wie Embolisation, Resektion und Pulsed dye Laser mit Sirolimus (Rapamycin) als Inhibitor des PI3K-AKT-mTOR signalling pathways Licht am Horizont.

Erythrodermie, Blasenbildung und Schleimhautbeteiligung sind Warnzeichen gefährlicher Exantheme

Exantheme gehören zum Alltag des Pädaters, eigentlich eine Kernkompetenz, doch die ungeheure Vielfalt, die uns von Lisa Weibel und Martin Theiler präsentiert wurde, beeindruckte tief, lässt uns Pädater, um es dermatologisch auszudrücken, neidvoll erblassen. Eindrücklich auch die Bezeichnungen, die mehr an Gedichte erinnern – Dermatologen müssen poetisch veranlagt sein – wie Acrodermatitis papulosa eruptiva infantilis, zu Deutsch Gianotti-Crosti-Syndrom, oder Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta, kurz PLEVA, hin und wieder scheinen die Bezeichnungen auch Dermatologen etwas zu lang. Infektiöse Exantheme, Arzneimittellexantheme und Mastozytose wurden anhand von Bildmaterial systematisch erarbeitet, wobei der Schwerpunkt, ganz praxisnah, auf die Erkennung von Warnzeichen gefährlicher Exantheme, aus dermatologischer Sicht z. B. Erythrodermie, Gesichtsoedem, Blasenbildung oder Schleimhautbeteiligung, sowie auf die Unterscheidung von einfachen und komplexen Arzneimittelreaktionen gelegt wurde. Am häufigsten sind wir bei den Arzneimittellexanthen sicher mit den maculopapulösen Exanthenen bei irrtümlich mit Aminopenicillinen behandelten viralen Infekten, allen voran EBV, konfrontiert. Wichtig zu wissen, dass ein DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) bis zu 8 Wochen nach Beginn der Einnahme des auslösenden Medikamentes auftreten kann. Zum Glück selten sind die schweren Formen mit Blasenbildung und Schleimhautbeteiligung, d. h. Stevens

Teledermatologie

Das Angebot der Teledermatologie erlaubt die Beurteilung von zugesandten Fotos von Hautbefunden durch die Dermatologen des Kinderspitals Zürich innert einer Woche (kostenpflichtig). Einzige Ausnahme: die Beurteilung von melanozytären Nävi ist ohne Dermatoskopie nicht zulässig. Kontakt: aerzte.dermatologie@kispi.uzh.ch. Wichtig: immer Übersichtsaufnahme und Nahaufnahme senden, z. B. mit dem iPhone 6, grössere Dateien per www.wetransfer.com.



Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta.



Arzneimittelexantheme.

Seidlmayer'sche
Purpura.

Foto Credits:
Dr. med. Camilla Ceppi
und PD Dr. med. Antonio
Cozzio

Johnson Syndrom bzw. toxisch epidermale Nekrolyse, das Lyell-Syndrom als Maximalvariante, mit einer Letalität von 25–30% beim Erwachsenen. Die Red Flags des vor allem bei Neugeborenen und Kleinkindern auftretenden SSSS (Staphylococcal scalded skin syndrome) sind die schmerzhafteste, gerötete Haut, ein radiäres, impetiginisiertes periorales Ekzem sowie Malaise und evtl. Konjunktivitis.

Bei auf Antihistaminika nicht ansprechender chronisch spontaner Urticaria zeigt Xolair oft eine gute Wirkung

Die akute Urtikaria ist im Kindesalter häufig, auslösend sind oft virale Infekte, eine Abklärung ist nur selten indiziert. Von einer chronischen Urticaria spricht man ab einer Dauer von 6 Wochen, ein Auslöser kann oft nicht definiert werden, eine Assoziation mit viralen Infekten (HCV, HBV, HIV) oder dem Nachweis von Helicobacter, Lamblien, Blastocystis oder Amöben besteht zum Teil, sodass diese bei längerer Dauer gesucht werden. Ein Auftreten im Rahmen von Autoimmunerkrankungen ist möglich, insbesondere das Vorliegen einer Urticaria-vasculitis erfordert weitere Abklärungen. Auch an autoinflammatorische Syndrome wie CAPS (Cryopyrin assoziiertes periodisches Syndrom) oder FMF (Familiäres Mittelmeerfieber) muss gedacht werden, eindrucksvoll das Fallbeispiel einer Patientin mit Kälteurtikaria mit Ansprechen auf Canakinumab (Ilaris), einen Interleukin 1 beta Antikörper. Am häufigsten sind jedoch die idiopathischen Formen mit je 50% induzierbaren (bei Kindern vor allem durch Kälte; in der Adoleszenz oft durch Temperaturänderung bei Schwitzen und Anstrengung als cholinerge Urticaria) und spontanen Formen. Die chronisch spontane Urticaria kann bei fehlendem Ansprechen auf Antihistaminika (bis zu 4-facher Tagesdosis) und LTRA seit Kurzem auch ab 12 Jahren mit Omalizumab (Xolair) behandelt werden. Es empfiehlt sich neueren, nicht-sedierenden Antihistaminika (z. B. Bilaxten = Bilastin, ab 12 Jahren) den Vorzug zu geben, eine Tablette eines älteren sedierenden Antihistaminikums entspricht bzgl. Effekt auf die Kognition einem Glas Wodka! Auch Antonio Cozzio schmückte sein äusserst praxisbezogenes, klares Referat mit dichterischen Perlen wie z. B. der Seidlmayer'schen Kokardenpurpura (akute hämorrhagische anuläre Urticaria). Passend zum frühlingshaften Wetter mit UV-Exposition in den Kaffeepausen hörten wir Wissenswertes zu den Photodermatosen. Nach den Ferien sind die ersten Rückkehrer mit Mallorca-Akne zu erwarten, im Sommer werden wir vermehrt an die Phototoxizität gewisser Pflanzen wie Riesenbärenklau denken müssen, bei schmerzhafter Blasenbildung in den UV-exponierten Gebieten könnte sich auch einmal eine erythropoetische Porphyrie dahinter verbergen, die Diagnostik mittels Plasmafluoreszenzscan erfolgt im Triemlispiital.

Dermatosen auf dunkler Haut werden uns in Zukunft vermehrt begegnen

Martin Theiler gab hilfreiche Tipps zur Therapie der Warzen, wobei die Indikation bei Verrucae vulgares aufgrund von Schmerzen (v. a. bei plantarer Lokalisation), Immunsuppression, Bestehen über 2 Jahre, funktioneller oder ästhetischer Beeinträchtigung und nicht zuletzt auch auf Wunsch des Kindes zu stellen ist. Gefragt ist vor allem Geduld, zentral ist die mechanische oder chemische Keratolyse initial, aber auch im Verlauf. DCP (Diphenylcyclopropenon) als obligates Kontaktallergen, welches eine lokale Immunantwort und dadurch die Abheilung induziert, wird in der Praxis bisher noch wenig verwendet, was sich nach dieser Fortbildung sicher ändern wird. Bei Condylomata acuminata ist je älter das Kind umso eher an einen sexuellen Missbrauch zu denken, therapeutisch neben Imiquimod (Aldara) und ablativen Therapien (immer mit topischer Nachbehandlung) auch Podophyllotoxin (Condyline) oder Sinecatechine (Veregen) zu verwenden. Bei Mollusken ist zunächst ein allfälliges Ekzem zu behandeln, wobei unter topischen Steroiden keine Zunahme der Mollusken zu befürchten ist, anschliessend kann die Therapie mit Infectodell, neu auch off label mit Cantharidin (Canthacur), welches über die internationale Apotheke zu bestellen ist, erfolgen, hierbei erfolgt die Applikation stets durch den Arzt.

Auf Reisen gilt es neben dem heute selbstverständlichen Sonnenschutz auch den Schutz vor Insekten zu beachten. Trotzdem kommt es gelegentlich zu dermatologischen Andenken durch Insektenstiche und Infestationen. Wir hörten von Quallenverletzungen, Korallendermatitis, seabather's eruption und Larva migrans, unser Reisefieber kühlte sich merklich ab. Beim Knoten auf der Wange nach Tropenaufenthalt sollte eine Leishmaniasis mit Biopsie und PCR gesucht werden, selbstverständlich auch Rücksprache mit einem Tropenmediziner erfolgen. Nicht infektiös hingegen ist das infantile faziale aseptische Granulom (IFAG), welches wahrscheinlich ins Spektrum der kindlichen Rosazea gehört und mit Metronidazol (topisch und systemisch) behandelt wird, eine ophthalmologische Konsultation wird empfohlen.

Mit Dermatosen auf dunklerer Haut werden wir angesichts der Flüchtlingsströme vermehrt konfrontiert sein. Die selbstlimitierende, harmlose neonatale pustulöse Melanose gilt es als Differentialdiagnose zu kennen. Die dunkle Haut neigt vermehrt zur Keloidbildung, prophylaktisch wichtig ist die Kompression (Jobst), therapeutisch können Steroide intraläsional oder die Applikation von Mepifoam helfen, Exzisionen haben ein hohes Rezidivrisiko. Beim dunkelhäutigen Kind mit Schuppen am Kopf ist eine Mykose höchst wahrscheinlich, die Bestätigung der Diagnose erfolgt mittels Schuppenpräparat und Kultur (alle 4 Wochen), Therapie bis zur Negativierung der Kultur über mindestens 6–8 Wochen mit Terbinafin



Skabies.

(Lamisil, ab 4 Jahren, bei Therapie >8 Wochen Kontrolle der Leberwerte) oder Sporanox, im 1. Lebensjahr mit Diflucan. Das Erkennen eines Adenoma sebaceum bei tuberöser Sklerose kann auf dunkler Haut schwierig sein, die hypopigmentierten Eschelaubflecken hingegen sind hier deutlicher zu sehen. Skabies ist häufig, die Therapie erfolgt mit Permethrin (Infectoscab, Lyclear oder als Magistralrezeptur), bei schwieriger Compliance oder hartnäckig rezidivierenden Fällen systemisch mit Ivermectin (Stromectol). Wichtig ist die gleichzeitige Behandlung aller im gleichen Haushalt lebenden Personen, nach vorhergehender gründlicher Reinigung mit Procutol.

Zwischen den Theorieblöcken, die auch reich illustriert waren, wurde in kleinen Gruppen anhand von «Fotofällen» das Gelernte jedes Moduls angewendet und vertieft, mit Auflösung des Rätsels im Plenum. Im Gegenzug wurden die Experten durch mitgebrachte Fälle der Teilnehmer auf die Probe gestellt, was sie souverän meisterten.

Der Kursort im Hotel Sedartis direkt am Bahnhof Thalwil war optimal gewählt, bot ausgezeichnete Infrastruktur mit angenehmer Atmosphäre in Bar bzw. Foyer bei sehr guter Küche.

Alles in allem ein äusserst gelungener Kurs, der meine Erwartungen voll und ganz erfüllt hat und sicher das Prädikat hervorragend verdient. Einziger kleiner Wermutstropfen: die z. T. fehlenden Handouts, welche jedoch teilweise nachgeliefert wurden.

Lob und Dank der Organisatorin Camilla Ceppi und dem ausgezeichneten und engagierten Referententeam mit Lisa Weibel, Martin Theiler und Antonio Cozzio, die ein Potpourri der Dermatologie darboten zu relevanten Themen und höchst interaktiv. Wir alle freuen uns schon jetzt auf den 2. Block im November! ■

KURSE KINDERÄRZTE SCHWEIZ

Röntgen in der Praxis – ein Kurs für Kinderärzte und ihre MPAs

Referenten: Dr. med. Rainer Wolf, Leitender Arzt
Pädiatrische Bildgebung, Inselspital Bern
sowie fachärztliche Mitarbeitende
Eric Stöckli, Leiter MTRA Pädiatrische Bild-
gebung und Mitarbeitende

Ort: Bern

Datum: 17. September 2016

Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder),
CHF 150.– für MPAs (½ Tag)

Reanimationskurs – für das Praxisteam

Leitung: Dr. med. G. Staubli, Leiter Notfallstation
Kinderspital Zürich

Ort: Zürich

Datum: 22. September 2016

Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder),
CHF 400.– für MPAs

Kinderkardiologie – ein Update

Referenten: Dr. med. Hanspeter Kuen, Luzern
Dr. med. Dominik Stambach, St. Gallen

Ort: Luzern

Datum: 17. November 2016

Dieser Kurs ist leider bereits ausgebucht.

Reanimationskurs – für das Praxisteam

Leitung: Dr. med. G. Staubli, Leiter Notfallstation
Kinderspital Zürich

Ort: Zürich

Datum: 30. März 2017

Kosten: CHF 400.– (CHF 500.– für Nichtmitglieder),
CHF 400.– für MPAs

Kurse 2017 und Anmeldung:

In Vorbereitung sind weitere Kurse für 2017 zu Themen wie Kinderchirurgie, Migration und Orthopädie. Bitte konsultieren Sie regelmässig unsere Kursagenda auf www.kinderaerzteschweiz.ch

KURSANGEBOT

Die meisten der erwähnten Kurse sind bereits ausgebucht. Das freut uns zwar einerseits, andererseits ist es uns ein Anliegen, unseren Mitgliedern ein noch umfangreicheres Angebot offerieren zu können. Bitte kontaktieren Sie von Zeit zu Zeit unsere Homepage: <http://www.kinderaerzteschweiz.ch/Kursagenda/kinderaerzte>



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich melde mich an als

- ☐ ordentliches Mitglied (Pädiatrie FMH mit Praxistätigkeit), CHF 300.–/Jahr
- ☐ ausserordentliches Mitglied (Fachärzte anderer Gebiete, Assistent/-innen, Kliniker), CHF 150.–/Jahr

Vorname, Name _____

Titel _____

Facharzt _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Praxis _____

Telefon Privat _____

Fax _____

E-Mail _____

Datum/Unterschrift: _____

ANZEIGE



Effizienz - Qualität – Ökonomie
Nichts is(s)t ohne Bewegung

Éfficacité – Qualité - Économie
Rien n'est sans mouvement

NDTSWISS Verein Bobath-TherapeutInnen Schweiz

54. Fachtagung – mit inspirierenden Workshops

Datum: Samstag, 22. Oktober 2016

Ort: BZ Pflege, Bern

Zielpublikum: PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen, ÄrztInnen, weitere InteressentInnen, die sich mit Kindertherapie befassen

Kosten: Mitglieder NDTSWISS: CHF 125
Nichtmitglieder: CHF 200

Anmeldung: föderraum Servicebüro, Geschäftsstelle
NDTSWISS, Poststrasse 15, 9000 St. Gallen
+41 (0) 71 227 14 53
info@ndtswiss.ch / www.ndtswiss.ch

Anmeldefrist: 23. September 2016

■ ULTRASCHALLKURSE

26

Abschlusskurs pädiatrische Sonografie

Leitung: Dr. med. Raoul Schmid**Ort:** Noch offen**Datum:** 10./11. November 2016**Kosten:** CHF 900.– (CHF 1000.– für Nichtmitglieder)

12. Workshop in pädiatrischer Sonografie

Leitung: Dr. med. Johannes Greisser, Aarberg**Ort:** Zürich**Datum:** 17. November 2016**Kosten:** CHF 250.– für Fachärzte, (CHF 150.– für Assistenzärzte)

Grund- und Aufbaukurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Markus Renggli, Baden

Dr. med. Nils Hammerich, Lenzburg

Ort: Wil (SG)**Datum:** 17.–19. November 2016

Dieser Kurs ist leider bereits ausgebucht. Wir können Sie gerne auf die Warteliste für einen nächsten Kurs setzen.

Abschlusskurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann, Solothurn**Ort:** Solothurn**Datum:** 25./26. November 2016**Kosten:** CHF 800.– (CHF 900.– für Nichtmitglieder)

Dieser Kurs ist leider bereits ausgebucht. Wir können Sie gerne auf die Warteliste für einen nächsten Kurs setzen.

Refresherkurs Hüftsonografie

Leitung: Dr. med. Thomas Baumann**Ort:** Solothurn**Datum:** 26. November 2016**Kosten:** CHF 300.– (CHF 400.– für Nichtmitglieder)

■ **Die neuen Kurse für 2017 sind in Vorbereitung.
Bitte konsultieren Sie regelmässig unsere Kurs-
agenda auf: www.svupp.ch**

ANZEIGE



ALLERGOPHARMA AG, Erlenstrasse 29, 4106 Therwil, Telefon 061 721 88 66, Fax 061 721 88 68, www.allergopharma.ch

Die Fachinformation ist auf der Homepage von Swissmedic unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Ein Unternehmen von  **MERCK**

Allergie im pädiatrischen Alltag

DR. MED. MAJA
SAURER-TRINDLER,
BERN



27

Pünktlich zum diesjährigen Pollenflug durften wir Teilnehmenden des zweiten Kursmoduls (in Kooperation mit CK-CARE) nochmals aus dem Pollenmeer auftauchen und in der milbenarmen Umgebung von Davos, in 1560 m ü. M., zwei spannende und lehrreiche Tage zum Thema allergische Rhinokonjunktivitis, Asthma bronchiale, spezifische Immuntherapie, Diagnostik und Therapie erleben.

Das engagierte und gut eingespielte Team von Prof. Dr. med. Roger Lauener, Chefarzt Pädiatrie, Kinderspital St. Gallen, und Dr. med. Michael Hitzler, Kinderarzt in Baar und im Universitätskinderspital Zürich, hatte uns im Vorfeld zusammen mit Doris Straub schon mal zu den wichtigsten Punkten bezüglich Asthma per Webinar auf den neuesten Stand gebracht. Was ist Asthma, wann ist es Asthma, in welchem Alter und bei welcher Symptomatik werden welche Nomenklaturen angewendet? Und wie sieht eine entsprechende Therapie aus?

Der erste Kursmorgen begann mit dem Vortrag von Prof. Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier, Leiter der Allergiestation Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich, zum Thema allergische Rhinokonjunktivitis. Er wurde von Dr. med. Caroline Roduit, Oberärztin Allergologie Universitätskinderspital Zürich, mit viel Wissen zur spezifischen Immuntherapie ergänzt. Vielen waren aus eigener Erfahrung die Symptome der allergischen Rhinitis geläufig: wässrige Rhinorrhoe, nasaler Pruritus, nasale Obstruktion, Niesattacken und, wenn über Monate dauernd, auch eine die Lebensqualität deutlich einschränkende Hyposmie. Bei der Konjunktivitis ebenfalls wässrige Sekretion und Pruritus. Circa ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung leidet darunter.

Die Bösewichte sind relativ einfach zu eruieren, wenn der Patient seine Beschwerden zeitlich gut einordnen kann: Baumpollen (Januar bis April), Gräser (Mai bis Juni), Kräuter (Juli bis September) und Hausstaubmilben, Schimmelpilze, Zimmerpflanzen (ganzjährig). Angaben zum aktuellen Pollenflug werden durch MeteoSchweiz (www.meteoschweiz.ch) erstellt und können auf der gemeinsam mit aha! Allergiezentrum Schweiz (www.aha.ch) betriebenen Website www.pollenundallergie.ch differenziert nach Datum, Ort und Pollenart abgefragt werden.

Besonderes für die Bäume (Hasel, Birke, Erle, Eiche, Buche, Kastanie) ist, dass deren Pollen ihr Hauptallergen (Bet v1) teilen. Mit der grossen Ausnahme der Esche, welche zu den Ölbaumgewächsen gehört und somit mit Olivenbaum, Liguster, Jasmin, Oleander und Flieder verwandt ist. Dadurch kann bei einem Eschenpollenallergiker eine Kreuzreaktion – tränende juckende Augen und Nasensymptome – bei einer Velofahrt durch kilometerlange romantisch blühende Fliederalleen auftreten.

Auch die Gräser teilen mit den Getreidearten ein Hauptallergen (Phl p1 und Phl p5b). Zur reinen Feststellung, worauf das Kind allergisch ist, kann sowohl der Pricktest als auch die Bestimmung der spezifischen IgE gleichermassen

Auskunft geben. Möchte man aber aufgrund progredienter Beschwerden und hohem Leidensdruck eine spezifische Immuntherapie planen, ist es durchaus sinnvoll, die Hauptallergene mittels molekularer Allergiediagnostik zu suchen.

Ob nun eine subcutane oder sublinguale Immuntherapie gewählt wird: Der Patient muss gut aufgeklärt werden, was ihn über welche Zeitspanne erwartet, und er muss motiviert werden mitzumachen. Die bisherige Erfahrung mit der sublingualen Immuntherapie zeigt, dass sie bei Kindern für eine Gräserpollendesensibilisierung gut geeignet ist. Es werden allerdings Therapieabbrüche aufgrund von Nebenwirkungen, die oral als sehr unangenehm empfunden werden, registriert.

Zwischenzeitlich hatten bereits mehrere Pausen bei Kaffee und Gipfeli, mit einem feinen Mittagessen, einem Kaffeeschwatz an der Sonne oder einem kurzen Spaziergang durch die Davoser Winterlandschaft stattgefunden. Die Köpfe waren wieder frei für das Thema Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Asthma, atopischer Dermatitis oder Allergien mit oder ohne ihre Familien. Dr. med. Andreas Jung, Oberarzt Pneumologie Universitätskinderspital Zürich und Hochgebirgsklinik Davos, führte uns durch Indikation, Organisation und Zielsetzung eines solchen Aufenthaltes. Eine unschätzbare Hilfe für Patient, Familie und den behandelnden Arzt, wenn ambulante Massnahmen ausgeschöpft und psychosomatische und psychosoziale Zustände im ambulanten Setting nicht verbesserbar sind und ein sekundärer Gesundheitsschaden eminent ist.

Ein Apéro leitete den Feierabend ein und entliess uns dann weiter zu einem feinen Abendessen in geselliger Runde. Frisch gestärkt nahmen wir uns anderntags unter der kundigen Leitung von PD Dr. med. Jürg Barben, Leiter Pneumologie und Allergologie, Kinderspital St. Gallen, den obstruktiven Atemwegserkrankungen an. Anhand von mehreren Fallbeispielen wurden die verschiedenen Krankheitsbilder aufgezeigt. Die virale obstruktive Bronchitis, das multiple trigger Wheezing, Kinder mit gestörter Atemwegsentwicklung z.B. aufgrund von Frühgeburtlichkeit, oder das late onset Wheezing. Vor allem die persistierenden und spät auftretenden Formen sind mit Atopie vergesellschaftet. Im Gegensatz zu früheren Empfehlungen erfolgt die medikamentöse Therapie der obstruktiven Krankheitsformen seit 2006 je nach Alter, Risikofaktoren und Phänotyp. Bei Kindern ab Schulalter bzw. >5 Jahre gilt das 5-Stufen-Schema (GINA-Guidelines). Unterstützt durch Yvette Jung, Gesundheitspädagogin und Dozentin Asthmaakademie Hochgebirgsklinik Davos und Dr. med. Claudia Müller aus dem Kursleitungsteam, wurden am Nachmittag in Gruppen Inhalationstechnik, Spirometrie und deren Auswertung geübt.

Mit dem Koffer voller neuem Wissen und angesteckt von der Begeisterung der Dozenten reisten wir abends hoch motiviert die neuen Kompetenzen anzuwenden wieder heim. ■

Besuch bei Dr. Alain Wimmersberger in Visp

DR. MED.
ARNOLD BÄCHLER,
ST. GALLEN

Pädiatrie abseits vom Zentrum

Seit der Eröffnung des Lötschbergtunnels ist Visp mit seiner urchigen Bevölkerung und seinem schwer verständlichen Idiom in den letzten Jahren näher zur übrigen Deutschschweiz gerückt. Mit dem Zug erreichen wir Visp von Zürich aus in knapp 2 Stunden.

Bezüglich der kinderärztlichen Versorgung befindet sich Visp jedoch noch immer in einer geografischen Randlage. Die Fahrt zu den nächsten Kinderkliniken in Lausanne oder Bern ist mit einem erheblichen Reiseaufwand verbunden. Wer sich hier als Pädiater niederlässt, wird manches in seiner Praxis zu sehen bekommen, was andernorts in der Spezial-Sprechstunde einer Kinderklinik landet.

Die Tatsache, dass der Kanton Wallis über keine pädiatrische A-Klinik verfügt, lässt dem ortsansässigen Praxispädiater bei Spitalzuweisungen eine grosse Wahlfreiheit. Alain Wimmersberger (A.W.), der hier seit mehr als 20 Jahren tätig ist, versteht es meisterlich, auf der grossen Orgel der Schweizer Klinikpädiatrie zu spielen. Es kann durchaus vorkommen, dass er den Gastroenterologen in St. Gallen, den Entwicklungsspezialisten in Zürich und den Pneumologen in Genf konsultiert, und er hat auch schon einen seiner Patienten mit einer Ösophagusatresie zur Operation nach London begleitet.

Breites Spektrum

Wer Alain Wimmersberger einen Tag lang bei der Arbeit beobachtet, gewinnt einen Eindruck von der unglaublichen Vielfalt seiner Aufgaben.

Die Themen der Bücher und Skripte in seinem Büro reichen von der Sozialpädiatrie über die Entwicklungs-

pädiatrie bis zur Heimbeatmung. Eine Picasso-Lithografie neben seinem Bücherregal stellt den Kampf von Don Quijote gegen die Windmühlen dar. Ist damit der Konflikt zwischen den hohen Ansprüchen an sich selbst und den Widerständen des Alltags gemeint?

Das Kind im Zentrum



Dieses 6-jährige Mädchen mit seinen schönen, schwarzen Zöpfen kommt bald in die Schule und möchte nun endlich trocken werden. Nach einer kurzen Begrüssung von Mutter und Kind steht nur noch das Mädchen im Zentrum. Anhand einer kindergerechten Zeichnung erklärt ihr der Kinderarzt in einfachen Worten den Mechanismus der Blasenkontrolle. Hinter diesem Vorgehen steckt die Erfahrung, dass das «Blasenbewusstsein» nicht über das Gespräch mit der Mutter, sondern über die Einsicht des Kindes läuft. Dass er mit seinen Erläuterungen dieses Ziel erreicht, lässt sich daran erkennen, dass ihm die kleine Patientin sehr aufmerksam zuhört. Es besteht wenig Zweifel daran, dass sie in wenigen Tagen trocken sein wird.

Als Nächster kommt ein Drittklässler, der im abgelegenen Lötschentäl zur Schule geht und wegen eines ausgeprägten ADHS ein paar schulische Erleichterungen erhalten sollte. Um den Kontakt mit der Lehrerin sicherzustellen, gibt A.W. der Mutter sein Visitenkartchen und auf einem Rezeptzettel die Bitte an die Lehrerin um einen Rückruf mit. Im Wallis scheint auch im E-Mail-Zeitalter der Kontakt per Bote noch immer am besten zu funktionieren!

Bei der nächsten Konsultation kommt der Laptop hingegen als didaktisches Hilfsmittel zum Einsatz. Ein paar im Voraus ausgewählte Bilder aus dem Netter-Atlas werden genutzt, um den Eltern eines Säuglings den Mechanismus des gastroösophagealen Refluxes am Bildschirm zu erklären.

■ Praxisbesuche

Im Hinblick auf das 20-Jahr-Jubiläum unseres Berufsverbandes im letzten September haben wir eine Reise kreuz und quer durch die Schweiz unternommen und 12 Kolleginnen und Kollegen in ihrer Praxis besucht. Wir wollten uns damit einen Überblick über die vordringlichen Fragen der heutigen Praxispädiatrie verschaffen.

Die spannenden Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen waren ein eindrückliches Erlebnis. Die Vielfalt der besuchten Kinderarztpraxen ist Ausdruck der Vielfalt von Persönlichkeiten, die hier wirken. Der gemeinsame Nenner ist das Bestreben, die Kinder in ihrer Entwicklung zu verstehen und die Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe zu unterstützen.

Der Paradigmawechsel der Praxispädiatrie, den wir vor 20 Jahren angestrebt hatten, scheint weitgehend vollzogen: Der Wechsel vom Primat der Akut- und Notfallpädiatrie zum Primat der Entwicklungsbegleitung von der Geburt bis zur Adoleszenz.

Auf vielseitigen Wunsch sollen in der Rubrik «Praxisbesuch» nochmals einige Stationen unserer Reise aufgesucht werden.

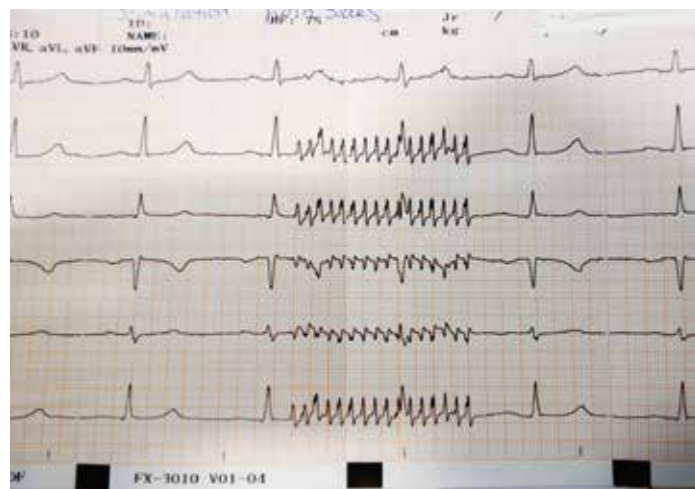


Keine Angst vor medizintechnischen Verrichtungen

29

A.W. betreut in seiner Praxis Patienten mit Portacath, PEG-Sonde und intrathekalen Infusionssystemen und erspart ihnen damit die beschwerliche Reise ins ferne Zentrumsspital.

Alle diese technischen Verrichtungen erledigt A.W. nicht, weil ihm die Medizintechnik lieber ist als die Patienten, sondern weil er sie als integralen Teil einer umfassenden Patientenbetreuung ansieht.



Sozialpädiatrisches Engagement

Viele wichtige sozialpädiatrische Aufgaben lassen sich nicht in den vier Wänden der Praxis lösen. So ist die Fortführung der Behandlung mit einem teuren monoklonalen Antikörper bei einem Mädchen mit schwerer juveniler Polyarthrititis davon abhängig, ob der alleinerziehende, portugiesische Vater bald wieder eine Stelle finden wird.

Um dies sicherzustellen, wird eine Sitzung im Sozialamt in Brig organisiert, in der A.W. ein wichtiger und einflussreicher Partner ist.

Wer hat in seiner Praxis schon einmal ein solches EKG gesehen? – Wohl niemand! Es zeigt das Signal eines Zwerchfellschrittmachers bei einer Patientin, die an einer angeborenen, zentralen Atemregulationsstörung, dem sogenannten Undine-Syndrom leidet.

Bis zu ihrem zweiten Geburtstag war die Patientin auf künstliche Beatmung in der Klinik angewiesen. Mit der Zusage von A.W., die Verantwortung für die Heimbeatmung zu übernehmen, wurde es möglich, dass das Mädchen zu Hause aufwachsen konnte. Sie ist heute 18-jährig und besucht die Mittelschule in Brig.

Eine Intervention unseres Walliser Kollegen beim Direktor des BAG hat dazu geführt, dass bei ihr und drei weiteren Undine-Patienten die nächtliche Beatmungskontrolle durch die Spitex auch im Erwachsenenalter übernommen wird. Sein Vorstoss beim Bundesamt wurde von der Fraktionspräsidentin einer Bundesratspartei unterstützt.

Ein weiterer Nebeneffekt seines Einsatzes für heimbeatmete Jugendliche ist das bereits Tradition gewordene, internationale Ferienlager für Undine-Patienten in Visp. Unter seiner Leitung verwandelt sich das Bildungszentrum St. Jodern während 10 Nächten in eine Intensivstation mit 15 Beatmungsplätzen. Tagsüber folgen Ausflüge auf den Gornergrat und für besonders Mutige ein Gleitflug über den Aletschgletscher.

Bei meinem Praxisbesuch kommt die Undine-Patientin als letzte zum Check ihres Zwerchfellschrittmachers.





Check des Zwerchfellschrittmachers.

Zu diesem Zweck muss A.W. eine telefonische Verbindung mit der Biotechfirma in New York herstellen. Nach erfolgreichem Check ist das Treffen aber noch nicht zu Ende, sondern wird mit einem gemütlichen Raclette-Essen im nahe gelegenen Walliserkeller abgeschlossen.

Vor unserem Abschied zeigt uns A.W. auf dem Dach der Praxis noch ein seltsames Gerät, das von ihm gewartet wird. Ist es ein Roboter? Oder eine Drohne? Nein, das ist die Pollenstation in Visp; Ein Beleg für das breit gefächerte naturwissenschaftliche Interesse unseres Gastgebers.



Die Pollensammelstelle in Visp.

Curriculum

Nach einer langen Weiterbildungszeit an fünf verschiedenen Kliniken und mehreren Auslandsaufenthalten, wollte A.W. im Oberwallis mit einem Kollegen aus der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin eine Gruppenpraxis gründen.

Er sah, dass die Pädiatrie in den 1980er-Jahren einseitig somatisch geprägt war und nahm sich vor, der Prävention und der Entwicklungspädiatrie den gebührenden Platz einzuräumen.

Der Start in der Praxis war mit einem bösen Erwachen verbunden, weil die Kenntnisse aus der klinischen Weiterbildung den Anforderungen in des Praxisalltages in keiner Weise genügten.

Es folgten Jahre intensiver Fortbildung zur Behebung von bedeutenden Lücken aus der Weiterbildung. Viele seiner Fortbildungsinitiativen aus jenen Jahren wurden von der SVUPP und unserem Berufsverband aufgenommen und haben im Rahmen des Kursprogramms zu einem permanenten Fortbildungsangebot geführt, das noch heute rege genutzt wird.

Alains Praxispädiatrie fernab vom Zentrum ist geprägt von einer unglaublichen Breite seines fachlichen Spektrums, hoher Verfügbarkeit, dem Mut zu technisch anspruchsvollen Verrichtungen und einem beispielhaften sozialen Engagement. Die strikte Trennung von Beruf und Freizeit ist ihm fremd; die besonderen Sorgenkinder unter seinen Patienten erreichen ihn Tag und Nacht über das Handy. Dieses Angebot wird erstaunlicherweise nur in seltenen Notfällen benützt. ■

Vorgeburtliches Problem mit Langzeitfolgen



SGA – Mangelgeburt

Ursachen – Risiken – Therapien

Prof. Dr. med. Urs Eiholzer

Dieses Buch erörtert leicht verständlich Herkunft, Entstehungsweise, Verlaufsform und mögliche Auswirkungen von SGA (Small for Gestational Age) einschliesslich der Behandlungsmöglichkeiten.

Diese kompetente und umfassende Publikation ist ein Muss für Kinderärzte, Neonatologen, Gynäkologen, Geburtshelfer und Endokrinologen sowie alle anderen Fachkräfte, die an Wachstumsstörungen, Adipositas, Diabetes und dem metabolischen Syndrom interessiert sind.

Urs Eiholzer (Zürich)
SGA – Mangelgeburt
 XIV + 158 S., 77 Abb., 59 in Farbe, 5 Tab., 2016
 CHF 42.00 / EUR 39.00 (broschiert)
 ISBN 978-3-318-05862-8
 Preisänderungen vorbehalten,
 MwSt. nicht enthalten
 EUR-Preis nur für Eurozone-Länder
www.karger.com/mangelgeburt



KARGER

K116354

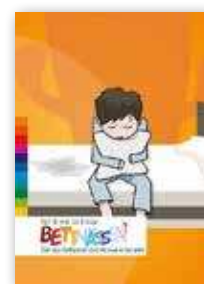
Publikationen des Pädiatrisch-Endokrinologischen Zentrums Zürich (PEZZ)



Urs Eiholzer
Kraft für Kids
 Kinder brauchen Bewegung
 1. Auflage
 ISBN 978-3-909095-02-5



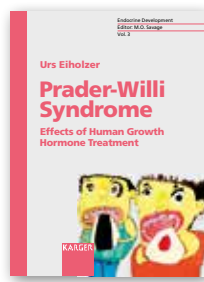
Urs Eiholzer
Bettnässen
 Was Ärzte und interessierte Eltern wissen sollen
 2. Auflage
 ISBN 978-3-9524109-0-5
 Erhältlich in d/e/fr



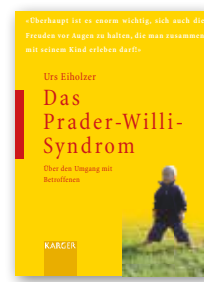
Urs Eiholzer
Bettnässen
 Über das Bettnässen und wie man es los wird
 2. Auflage
 ISBN 978-3-9523892-9-4
 Erhältlich in d/e/fr



Urs Eiholzer
 Udo Meinhardt
Zu klein – zu gross
 2. Auflage
 ISBN 978-3-9524109-1-2
 Erhältlich in d/e/fr



Urs Eiholzer
 Endocrine Development
 Vol. 3
Prader-Willi Syndrome
 Effects of Human Growth Hormone Treatment
 ISBN 978-3-8055-7256-9



Urs Eiholzer
Das Prader-Willi-Syndrom
 Über den Umgang mit Betroffenen
 ISBN 3-8055-7845-8
 Erhältlich in d/e/fr/i/sp

Weitere Publikationen des PEZZ: www.pezz.ch



DEM GEHEIMNIS DER MUTTERMILCH AUF DER SPUR

**SPEZIALISTEN
WELTWEIT
BESTÄTIGEN:**

Protein wird als eine der
wichtigsten Komponenten
der Muttermilch
angesehen.¹

**Die einzigartige Zusammensetzung des
Milchproteins spielt eine Schlüsselrolle
für die Entwicklung und Gesundheit Ihres
Babys – jetzt und in Zukunft.** So kommt die
Muttermilch mit einer geringen Proteinmenge
aus, die aber von sehr hoher Qualität ist.

Daher ist Stillen ideal für Ihr Kind. Die WHO
empfiehlt ausschliessliches Stillen während
der ersten 6 Monate.



**Nestlé Muttermilchforschung – unser
Engagement für Mütter und Babys seit
über 50 Jahren.**



Für einen guten Start ins Leben.

¹ Research on breast milk components, March 2014, Russia, Mexico, Brazil, France, China.